

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Bidiville et Mme Feusi, assesseurs
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé auprès de M._____ (M._____ SA) d'abord comme trieuse puis au service des courriers endommagés. Sans formation professionnelle, elle est titulaire d'un diplôme postal.

Le 12 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), alléguant être incapable de travailler en raison d'un accident de voiture survenu le 22 octobre 2010 (avec éclatement des airbags). Elle a fait état d'une impossibilité partielle et inattendue de se mouvoir (vertiges, tension élevée, évanouissements), de maux de tête (migraines), ainsi que d'acouphènes prononcés des deux côtés. Elle a allégué avoir travaillé comme trieuse (entre 1990 et 2008) et dans le domaine des courriers endommagés (entre 2010 et 2013), étant précisé qu'elle avait été rétrogradée suite à une incapacité de tenir le poste précédent.

Le 10 octobre 2013, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), qui avait été informée d'une rechute de l'accident du 22 octobre 2010 par le biais notamment d'une déclaration de sinistre du 4 avril 2012, a transmis à l'OAI une copie du dossier LAA de l'intéressée. Y figurait notamment :

- Une attestation médicale du 18 avril 2012 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, attestant que cette dernière était suivie à sa consultation depuis de nombreuses années et qu'en raison des séquelles d'un accident, elle souffrait d'acouphènes permanents ayant nécessité plusieurs consultations spécialisées et ayant un impact très perturbateur sur sa vie privée et professionnelle. Parmi d'autres inconvénients, elle tolérait très mal un environnement trop sonore qui déclenchait des maux de tête ainsi qu'une sensation de vertiges. Il était donc impératif qu'elle

puisse travailler dans un milieu calme, sans bruit ni trépidation et recommandé qu'elle puisse éviter les changements d'horaires et le travail de nuit.

- Un questionnaire du 20 septembre 2012, dans lequel l'intéressée a soutenu que ses troubles auditifs étaient apparus lors de l'accident de voiture du mois d'octobre 2010, les sifflements ayant commencé deux jours après. Par ailleurs, à la question de savoir comment la surdité se ressentait dans la vie quotidienne sur le plan professionnel et privé (p. ex. perte de rendement au travail usuel, changement d'occupation, perte de gain), elle avait répondu : « *Un train siffle en permanence dans mes oreilles, changement d'occupation au travail et perte de rendement au travail* ».

- Un rapport médical du 15 juillet 2013 du Dr X._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) et médecin chef au Service d'ORL du Centre [...] (Centre F._____), observant que la patiente présentait comme première plainte un acouphène chronique de haute fréquence, l'origine post-traumatique du symptôme pouvant être admise. Il a ajouté que le bilan audiolgique montrait une surdité de perception légère à gauche dans les très hautes fréquences, compatible avec une séquelle de traumatisme acoustique, un dysfonctionnement rétro-cochléaire pouvant être écarté. L'acouphène était d'intensité subjective importante, perturbateur, difficile à gérer avec impact négatif sur la vie quotidienne, étant précisé que les difficultés liées à l'acouphène s'inscrivaient dans le contexte d'un état anxio-dépressif dont souffrait également la patiente. Le spécialiste a ajouté que, sur le plan vestibulaire, l'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique expliquant les vertiges et les pertes d'équilibre fugaces. En revanche, l'examen posturographique dynamique montrait des performances d'équilibre globalement médiocres. Il n'y avait pas d'atteinte objectivable du système de l'équilibre selon la table de la CNA (0 % d'atteinte à l'intégrité).

Selon un extrait du compte individuel de l'assurée imprimé le 11 octobre 2013, cette dernière avait perçu un revenu soumis à contribution de 74'703 fr. en 2008, de 74'504 fr. en 2009, de 71'543 fr. en 2010, de 64'740 fr. en 2011 et de 61'748 fr. en 2012.

Dans un formulaire 531bis complété le 15 octobre 2013, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps comme employée postale, par nécessité financière.

Selon un questionnaire pour l'employeur signé le 30 octobre 2013 par M. _____ SA, l'intéressée travaillait en qualité de « *Collaboratrice Trait. compl. env. II* » avant l'accident et jusqu'à ce jour. Elle percevait un salaire annuel de 65'905 fr. depuis le 1^{er} janvier 2013.

Dans un rapport initial du 2 décembre 2013, W. _____, spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI, a rapporté que l'assurée exerçait la fonction de collaboratrice au courrier endommagé, étant précisé qu'elle avait été rétrogradée en 2010 et qu'avant elle travaillait au tri. Elle s'occupait de traiter les courriers endommagés de façon manuelle, dans un local fermé. Elle ne supportait plus le bruit d' [...] ; elle avait été déplacée au courrier endommagé mais rencontrait toujours des difficultés lorsqu'elle traversait la halle. Il a également relevé qu'elle ne faisait plus le repassage et l'aspirateur et était beaucoup aidée par ses deux filles pour le ménage. Il a ajouté que l'intéressée était une personne très démonstrative et excessivement théâtrale et qu'elle démontrait des pertes de l'équilibre de façon répétitive. Sous la rubrique « objectifs et stratégies », il a estimé que le poste de travail avait déjà été réadapté par l'employeur dans un local sans bruit.

Dans un rapport reçu le 8 janvier 2014 par l'OAI, les Drs X. _____ et Q. _____, médecin-assistante au Service ORL du Centre F. _____, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'acouphène neurosensoriel chronique post-trauma depuis 2010. Ils ont retenu que l'intéressée nécessitait un milieu calme, sans trop de stimuli. L'activité exercée était encore exigible, selon un degré à rediscuter en fonction de la gêne de la patiente. Ils ont ajouté qu'une activité uniquement en position assise était exigible, sans travail avec les bras en-dessus de la tête, sans rotation en position assise ou debout, sans soulever et porter, et sans monter sur une échelle ou un échafaudage. La capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation était limitée s'il y avait trop de bruit, tout comme la résistance. Il lui fallait une place de travail au calme.

Dans un avis médical du 3 mars 2014, le Dr T._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu que, selon le rapport médical de son médecin ORL, l'assurée était très théâtrale et démonstrative (il y avait un mélange de mobbing et de refus de travailler) et pouvait travailler dans un milieu calme. Le Dr T._____ a ajouté que l'employeur de l'intéressée lui avait donné un poste de traitement du courrier endommagé manuel, ce qui se faisait au calme dans un local fermé, mais que cette dernière continuait à se plaindre du bruit lorsqu'elle devait traverser la halle de tri. Il a conclu qu'en suivant les recommandations du médecin ORL, la capacité de travail était pleine et entière dans le tri du courrier endommagé, depuis toujours.

Dans un document interne intitulé « *IP - Proposition de DDP* » daté du 3 mars 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle W._____ a notamment exposé ce suit :

"[...] Selon l'avis SMR du 03.03.2014, l'assurée présente une pleine CT depuis toujours dans l'activité qui a été adaptée par son employeur en 2010.

En considérant que, sans son accident de voiture de 2010, l'assurée aurait pu continuer son activité au tri du courrier, nous réalisons la moyenne des 3 années avant accident et l'indexons pour 2013 où l'assurée occupe une AA au sein même de son employeur.

RS : 73'583.35 - moyenne du CI pour les années 2008, 2009 et 2010 soit **74'913.70** indexé pour 2013.

RI : **65'905.-** pour 2013 selon le rapport employeur.

PE : **12 %**

Conclusion : au vu du pourcent de PE, ainsi que de la pleine CT dans son activité actuelle donnée par le SMR, il n'y a aucune mesure professionnelle à envisager, nous fermons notre mandat d'évaluation et proposons MOP non/déjà réadaptée. Nous laissons le soin aux gestionnaires de donner la suite qu'il convient à ce dossier."

Le 3 mars 2014, l'OAI a reçu de l'assurée une copie de l'expertise du 3 septembre 2013 de la Dresse H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, effectuée à la demande de A._____ SA. Après avoir notamment décrit les sources de l'expertise et rappelé les faits, elle a rapporté les plaintes de l'intéressée. Dans ce contexte, elle a notamment relevé que le poste de travail de cette dernière « *[avait été] modifié puisqu'elle n'[était] plus dans la halle principale qui était très bruyante, mais dans un bureau, sur un ordinateur toute la journée* ». Elle a

ensuite décrit les examens cliniques effectués puis estimé qu'il s'agissait d'acouphènes chroniques bilatéraux post-traumatiques, avec gêne subjective très marquée perturbant la vie quotidienne tant sur le plan privé que professionnel. Elle a relevé que, selon la table 12 de la CNA, il n'y avait pas d'atteinte objectivable de l'audition sur le plan de l'ouïe et que, selon la table 13 de la CNA, l'acouphène pouvait être considéré comme « décompensé », d'importance subjective considérable avec une atteinte à l'intégrité de 10 %. Sur le plan vestibulaire, selon la table 14 de la CNA, il n'y avait pas d'atteinte objectivable du système de l'équilibre. La spécialiste a ensuite posé le diagnostic d'acouphènes chroniques subjectifs bilatéraux (H 93.1). Elle a retenu que la capacité de travail était liée à l'état psychologique de la patiente, lui-même en relation avec la plainte d'acouphènes chroniques subjectifs post-traumatiques. La capacité de travail était et serait dépendante de l'évaluation psychiatrique. La Dresse H. _____ a encore ajouté que l'intéressée aurait dû éviter d'avoir un travail en milieu bruyant, ce qui aurait risqué d'augmenter ses acouphènes. Une reprise du travail à 50 % pouvait être exigible au moment de l'expertise, à condition que l'activité évite tout bruit excessif. Elle proposait dès lors que la patiente reprenne son travail dans un contexte aménagé le moins bruyant possible à 50 %, puis qu'elle augmente progressivement le temps de travail en fonction de l'évaluation globale.

Dans un rapport médical du 5 mars 2014, le Dr R. _____ a posé le diagnostic d'acouphènes post-traumatiques avec atteinte de l'humeur secondaire depuis le 22 octobre 2010. La patiente était totalement incapable de travailler depuis le 30 août 2013. Le praticien a relevé que l'activité exercée n'était pas exigible, étant précisé que l'intéressée présentait une intolérance au bruit (centrale de la M. _____), une baisse de la concentration et une fatigabilité. Il a estimé qu'une activité dans différentes positions exercée principalement en marchant était exigible, sans monter sur une échelle ou un échafaudage. La capacité de concentration et d'adaptation était limitée.

Par projet de décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité du 5 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a retenu que sa capacité de travail était raisonnablement exigible à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (milieu calme) et que tel était le cas de son activité habituelle puisque cette dernière avait été adaptée par son employeur. L'OAI a ensuite comparé le revenu auquel l'intéressée aurait pu prétendre dans son activité de collaboratrice au service du tri du courrier (74'913 fr. 70) avec celui qu'elle percevait à ce moment-là en tant que collaboratrice au courrier endommagé (65'905 fr.), ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 12 %. Or, ce degré d'invalidité ne donnait pas droit à une rente d'invalidité et n'ouvrait pas non plus le droit à un reclassement professionnel.

Par courrier du 28 mai 2014, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision susmentionné. En substance, elle a fait valoir que son poste de travail avait été aménagé mais que, malgré cela, son état de santé s'était aggravé, si bien que son médecin traitant l'avait complètement arrêtée, estimant qu'elle était en danger. Elle a allégué que ses acouphènes provoquaient des pertes d'équilibre et l'empêchaient de conduire certains jours ou de sortir seule de la maison. Sa vie sociale et familiale s'était donc retrouvée gravement entamée. Elle ne pouvait plus sortir avec des amis sans poser la question du bruit ni assumer seule les tâches ménagères quotidiennes (notamment aspirateur). L'intéressée a ensuite fait valoir que sa voisine, E._____, pouvait témoigner de ses chutes et pertes d'équilibre quasi quotidiennes, qui l'empêchaient de mener une existence normale sans aide. Une reprise du travail, même dans un milieu calme et sans bruit, n'était pas envisageable, étant précisé qu'un rapport complémentaire du Dr R._____ allait être transmis à l'OAI dans les jours suivants. L'assurée a ajouté qu'elle était disposée à se soumettre à une expertise psychiatrique et que G._____, spécialiste en psychothérapie FSP et psychologue traitant, était en train de rédiger un rapport qu'elle ferait parvenir à l'OAI dans les plus brefs délais. Finalement, elle a allégué qu'elle avait toujours été très motivée à aller

travailler. L'assurée a joint à son objection un courrier daté du 26 mai 2014 de Mme E._____.

Dans un rapport du 17 juin 2014, le psychologue G._____ a en particulier évoqué un état dissociatif (notamment sous forme de dépersonnalisation [DSM IV 300.6]), un état de stress post-traumatique (DSM IV 309.81) et le développement d'un épisode dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques (DSM IV 296.22 - sévérité modérée). La patiente présentait également quelques traits de personnalité immature mais aussi obsessionnelle (DSM IV 301.9). Le psychologue a ensuite relevé que des pertes d'équilibre et des vertiges étaient apparus chez l'assurée depuis 2011, ce qui constituait à son sens un trouble handicapant et une source de souffrance supplémentaire sur le plan psychologique, compte tenu des réactions que cela suscitait auprès des tiers. Il a ajouté que l'évolution psychologique de la patiente était globalement favorable, même pour le vécu avec les acouphènes et les vertiges/pertes d'équilibre, mais qu'il aurait été illusoire de considérer qu'un jour elle pourrait accepter de gaité de cœur et parfaitement en paix toutes les conséquences de l'accident. Il a encore brièvement commenté le dossier puis mis en perspective de la situation de sa patiente.

Le 19 juin 2014, l'OAI a reçu de la CNA une copie mise à jour du dossier LAA de l'intéressée. Y figurait notamment une décision du 16 juin 2014, par laquelle la CNA a refusé d'allouer des prestations en lien avec les troubles subjectifs ressentis sous forme d'acouphènes annoncés au printemps 2012 en partant de l'idée qu'il s'agissait d'une rechute de l'accident d'octobre 2010. En substance, elle a retenu que les troubles allégués n'étaient pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique et que l'événement annoncé ne présentait pas un lien de causalité adéquate avec le dommage survenu.

Dans un rapport médical du 3 juillet 2014, le Dr R._____ a notamment relevé que, jusqu'à l'accident de voiture du 22 octobre 2010, la patiente ne prenait pas de traitement régulier, était en excellente santé et travaillait très efficacement à plein temps. Cela dit, depuis l'accident, sa

situation avait basculé sur le plan somatique, avec des plaintes (vertiges quotidiens, acouphènes continus et pénibles, intolérance au bruit et chutes à répétition) ayant fait l'objet de multiples investigations spécialisées. Il a expliqué avoir assisté à une chute lors d'une consultation et a attesté qu'il ne s'agissait pas d'une mise en scène. L'intéressée s'était en outre présentée à plusieurs reprises avec des hématomes consécutifs à ses chutes. Il a ajouté que malgré des tentatives d'aménagement de sa place de travail, l'assurée n'avait pu continuer à occuper son poste au tri du courrier. Elle restait la plupart du temps à son domicile, quasiment recluse, et devait se faire accompagner lors de déplacements à l'extérieur en raison des troubles de l'équilibre et des chutes à répétition. Le praticien a également retenu que suite aux conséquences de l'accident, la patiente avait dû accepter une modification de son poste de travail et accepter d'être rétrogradée dans son statut et son revenu, avec les problèmes financiers que cela impliquait. En conclusion, il pensait qu'il existait une indéniable atteinte à la santé qui induisait d'importantes conséquences sur la capacité de travail et de gain de l'intéressée. Vu la complexité de l'affaire, une expertise médicale pourrait permettre de mieux préciser la capacité de gain exigible.

Dans un avis médical du 24 juillet 2014, les Drs Z._____ et B._____, médecins au SMR, ont notamment estimé que, compte tenu des acouphènes et des vertiges sans substrat organique démontré, ils étaient en présence d'un syndrome apparenté au trouble somatoforme, dont le caractère incapacitant (et en particulier la comorbidité psychiatrique) n'avait pas été démontré. Ils ont par conséquent demandé une expertise pluridisciplinaire (neurologie, ORL et psychiatrie) afin de déterminer l'exigibilité en lien avec l'atteinte à la santé.

Par décision sur opposition du 21 août 2014 communiquée à l'OAI, la CNA a confirmé la décision du 16 juin 2014.

Par communication du 16 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise pluridisciplinaire avait été attribuée au Centre d'expertises médicales de la Policlinique [...] (ci-après : la Policlinique V._____). Figurait parmi la liste des pièces annexées à cette communication un « *nouveau catalogue de questions* ».

Les experts ont fait part de leurs constatations et conclusions dans un rapport daté du 28 juin 2016 signé par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne, et le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. En introduction, ils ont tout d'abord relevé que celles-ci se basaient sur le dossier AI, l'examen de médecine interne du 19 avril 2016, le consilium neurologique du 9 mai 2016, le consilium otoneurologique du 11 mai 2016 et le consilium psychiatrique du 24 mai 2016, étant précisé que les conclusions du rapport avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 14 juin 2016, en présence des trois signataires. Les experts ont ensuite énoncé le motif de l'expertise, relevant notamment qu'« *une demande d'aménagement du poste de travail dans un milieu calme avec des horaires réguliers et sans travail de nuit [était] effectuée par le Dr R._____, médecin traitant, auprès de l'employeur* » et que « *Madame K._____ [avait] été placée au poste de courrier endommagé* ». Les experts ont ensuite procédé à un bref extrait du dossier et à un rappel anamnestique comportant notamment les plaintes de l'assurée, le descriptif de sa vie quotidienne et son anamnèse professionnelle. A cet égard, l'intéressée a notamment déclaré que son dernier emploi était au poste du courrier endommagé et que le travail s'effectuait dans un bureau occupé avec cinq autres collègues, en position assise. Il consistait à récupérer les adresses des courriers égarés ou endommagés sur l'ordinateur, à envoyer une lettre d'excuses ou un remboursement, à timbrer le courrier et à l'expédier. Elle a décrit ce travail comme moins fatiguant du fait des horaires réguliers. Cependant, le fait d'être dans un

bureau commun restait pour elle quelque chose de très bruyant. Après cela, les experts ont rapporté des constatations objectives. Venaient ensuite les différentes consultations spécialisées.

La consultation de neurologie du 9 mai 2016 du Dr P._____, spécialiste en neurologie, comprenait un extrait du dossier, les données fournies par l'assurée et ses plaintes, puis les constatations objectives. Il ressortait ensuite notamment ce qui suit de la partie « appréciation » :

"[...] Objectivement, on peut mettre en évidence une instabilité à la marche, très fluctuante, atypique et indiscutablement de nature fonctionnelle. En effet, le déséquilibre est intermittent, et spontanément, l'assurée est toujours déviée vers le mur le plus proche. Lors des épreuves debout et d'équilibre, elle reste longtemps dans la même position, semble se concentrer, mais ne chute pas, et ceci est particulièrement relevant lors de l'épreuve de la marche en funambule, durant laquelle l'assurée reste de manière assez prolongée un pied devant l'autre, sans oscillation, ni latéropulsion.

Pour le reste, le statut est normal. En particulier, il n'y a pas de signe vestibulaire, de signe en faveur d'une myélopathie ou d'une atteinte périphérique à caractère proprioceptif.

Au total, on retiendra chez cette assurée une instabilité à la marche de nature fonctionnelle. D'un strict point de vue neurologique, il n'y a donc pas de diagnostic, ni avec, ni sans répercussion sur la capacité de travail."

Dans la consultation d'otoneurologie du 11 mai 2016, le Prof. N._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a résumé les plaintes de l'intéressée puis évalué les examens effectués. Il a ensuite conclu comme suit :

"On peut parfaitement admettre que l'atteinte auditive et les acouphènes qui en résultent sont consécutifs à l'accident. Il n'est pas rare que l'acouphène résultant d'un souffle comme celui créé par le déploiement des airbags ne surviennent que plusieurs heures après l'événement causal. Selon les tables CPT/AMA, le déficit auditif est de 5.2 % à droite et de 6.8 % à gauche, ce qui ne représente aucune atteinte à l'intégrité corporelle. Quant à l'acouphène, il peut être considéré comme grave à très grave, représentant une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 %. Par contre, les *troubles de l'équilibre* ne peuvent être mis sur le compte d'un désordre vestibulaire, ni périphérique, ni central. J'ai d'ailleurs indiqué à la patiente que, pour moi, ses troubles de l'équilibre résultaient de l'imaginaire.

Un psychiatre pourra indiquer si un tel désordre peut être consécutif à un trouble post-traumatique ou non. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité qu'on puisse attribuer à un trouble vestibulaire objectivable."

La consultation de psychiatrie du 24 mai 2016 du Dr C. _____ comprenait un rappel du motif d'expertise, un complément d'anamnèse personnelle, un descriptif des plaintes sur le plan psychiatrique, un status psychiatrique et les résultats d'examens complémentaires. Le psychiatre a ensuite posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F 45.3) avec état dysthymique (F 34.1), avant d'observer notamment ce qui suit :

"Discussion

[...] Ce qui frappe en premier lieu lorsque l'on rencontre l'expertisée est une discordance de la présentation clinique. En effet, bien que l'expertisée exprime son mal-être avec emphase, on se trouve face à une expertisée souriante, non ralentie sur le plan psychomoteur, qui se montre rapidement revendicatrice dans ses propos vis-à-vis du monde médical, notamment par rapport à sa prise en charge hospitalière, consécutive à un accident de voiture. Cette insatisfaction quant à la perception des soins reçus doit être prise en compte comme un facteur susceptible d'amener une péjoration des plaintes.

La question de l'état de stress post-traumatique sera discutée de la façon suivante. Habituellement, ce genre de sujet se présente sous un tableau clinique bien différent, à savoir une retenue et une méfiance dans le contact clinique, ce qui n'est pas observé dans la situation de Madame K. _____. Au contraire, l'expertisée est ouverte, souriante, elle ne décrit pas l'éroussement émotionnel caractéristique des états de stress post-traumatiques. Par ailleurs, son discours est fluctuant souvent inductible par rapport aux questions posées. Lorsqu'on demande initialement à l'expertisée de décrire quelles sont les pensées récurrentes durant la journée, l'expertisée signifie d'abord qu'il s'agit de préoccupations centrées autour de ses acouphènes, ce qui peut déboucher sur des idées noires ou suicidaires fugaces (se jeter de son balcon). Par contre, lorsqu'elle est ensuite interrogée de façon plus dirigée sur des pensées ou préoccupations en lien avec son accident, l'expertisée y répond par l'affirmative, inductibilité qui nécessite de relativiser les plaintes. Toujours à l'opposé d'un état de stress post-traumatique, l'expertisée ne décrit aucun cauchemar récurrent de son accident, qu'il soit répliatif ou semi-répliatif. L'expertisée ne décrit pas formellement de phénomène de reviviscence, bien qu'elle exprime une anxiété lorsqu'elle se trouve en voiture et qu'un autre véhicule s'approche d'elle. L'expertisée ne décrit pas non plus d'évitement systématique de toute image ou scène lui rappelant son accident. Elle déclare par contre qu'elle évite souvent d'en parler. Elle ne décrit pas non plus de sursaut ou d'état d'hypervigilance permanent, les plaintes étant avant tout focalisées sur son irritabilité consécutive aux acouphènes. Par ailleurs, l'expertisée ne décrit

aucune perte d'intérêt et aucun émoussement émotionnel vis-à-vis de ses proches, caractéristiques que l'on devrait observer dans les états de stress post-traumatique. L'expertisée ne décrit en outre aucune difficulté de concentration. Elle reste en mesure de lire des ouvrages élaborés. Interrogée spécifiquement sur l'état de dépersonnalisation qui est mentionné par son psychologue, l'expertisée ne décrit pas qu'elle se sentait robotisée ou dans un état de rêve après l'accident. Elle a certes été choquée, ce que l'on peut bien imaginer consécutivement à un accident de cette nature. Toutefois, elle ne décrit pas un état de dissociation péri-traumatique qui aurait duré après son accident. Le discours de l'expertisée est rapidement centré sur ses souvenirs de l'hôpital, avec un sentiment de frustration et de colère qui reste dominant par rapport à un potentiel sentiment de dépersonnalisation.

Par ailleurs, afin de tenter d'opérationnaliser un éventuel diagnostic de PTSD, une échelle PCL-S a été administrée, qui donne des résultats en-dessous du seuil admis des sujets qui souffrent d'un état de stress post-traumatique constitué. Pour toutes ces raisons, j'estime que le diagnostic de stress post-traumatique ne doit pas être retenu dans cette situation.

Sur le plan de l'épisode dépressif sévère qui est mentionné dans le dossier, je n'en retrouve pas non plus les caractéristiques. L'expertisée se présente comme une femme souriante, qui décrit une tristesse modérée, consécutive à des acouphènes. Elle mentionne un plaisir conservé, de même que l'intérêt pour ses proches. Il n'y a aucune idée de dévalorisation ou de culpabilité, le discours de l'expertisée étant au contraire projectif (à son avis, c'est l'extérieur qui est responsable de tous ses problèmes). L'appétit est conservé, l'expertisée ne rapporte aucune perte pondérale. Le sommeil est perturbé par les acouphènes. L'expertisée décrit de légères difficultés de concentration, qui n'apparaissent pas de façon fiable et valide : l'expertisée mentionne des lectures complexes (philosophie) et les épreuves cognitives du status AMDP sont correctement effectuées, à l'exception d'une épreuve de calcul qui [a] été échouée, probablement plus en raison du degré d'anxiété lié à l'entretien psychiatrique qu'en raison d'un abaissement de ses capacités cognitives. Par ailleurs, sur une échelle psychométrique de dépression, avec un score MADRS à 15/60, les symptômes dépressifs restent d'intensité légère à très légère, en tenant compte de tendance à la majoration. Par conséquent, si l'on tient compte des légères fluctuations d'humeur de l'expertisée, sans tableau dépressif constitué, un diagnostic de dysthymie peut être retenu. Il s'agit de fluctuations légères de l'humeur, qui ne comportent pas un caractère incapacitant.

Se pose ensuite la question d'un éventuel trouble somatoforme. Si l'on estimait que, sur le plan somatique, l'entier des plaintes de l'expertisée n'était pas explicable, notamment la question des vertiges et des chutes, pourrait se poser la question d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme. On pourrait ranger dans ce diagnostic la partie des plaintes de l'expertisée qui s'écartent d'un modèle biomédical, le tout dans un contexte émotionnel particulier, caractérisé par des sentiments de frustration et de préjudice par rapport à la prise en charge de son accident. L'expertisée ne signale aucun autre facteur de stress émotionnel.

Selon le descriptif de la CIM-10, on se trouverait face à des plaintes concernant une hyperactivité neurovégétative, avec la présence de plaintes subjectives que le sujet attribue à un organe ou à un système spécifique, ce qui génère des préoccupations et des craintes quant à la présence possible d'une maladie grave de l'organe ou du système désigné, non soulagées par les explications et les propos rassurants et répétés des médecins.

Se pose dans cette hypothèse la question de l'aspect incapacitant ou non d'une atteinte apparentée au trouble somatoforme.

En ce qui concerne le degré de gravité fonctionnelle et le complexe atteinte à la santé, les éléments pertinents pour discuter des différents diagnostics ont été exposés plus haut. On doit encore retenir ici qu'il existe chez l'expertisée une attitude sous-tendue par des sentiments de frustration et de revendication, par rapport à sa prise en charge médicale. Ces caractéristiques sont retrouvées chez de nombreux sujets qui évoluent vers une majoration des plaintes, qualifiée auparavant de « névrose de rente ». Les plaintes sont exprimées de façon assez démonstrative, avec des discordances et une inductibilité. Bien que l'expertisée décrive d'importantes limitations dans son quotidien, il faut tenir compte dans ce genre de situation de comportements d'autolimitation.

En ce qui concerne le succès du traitement ou de résistance à cet égard, il n'y a pas d'élément susceptible de démontrer un manque d'adhésion à une prise en charge médicale, considéré sous l'angle psychologique. L'expertisée bénéficie toujours d'un accompagnement thérapeutique. Elle a bénéficié par le passé d'une médication psychotrope, qui a été ajustée avec le temps, avec notamment une diminution de ses somnifères. Au vu du status psychiatrique actuel, on ne peut considérer qu'il s'agit de troubles psychiatriques graves et décompensés, qui ne peuvent plus être traités médicalement.

Le dossier ne recense pas d'élément concernant une éventuelle réadaptation ou résistance à cet égard, cette démarche n'ayant pas été entreprise consécutivement à son accident.

En ce qui concerne les comorbidités, bien qu'elles ne soient plus considérées comme étant prioritaires pour juger de l'aspect incapacitant, il faut considérer que l'expertisée ne souffre pas d'un état dépressif grave et décompensé, tel qu'avancé dans le dossier. Il n'y a pas non plus d'évidence pour un état de stress post-traumatique. La dysthymie est la plupart du temps associée aux pathologies psychosomatiques, que l'on considère des douleurs ou d'autres symptômes neurovégétatifs, comme c'est le cas de l'assurée. La dysthymie n'est pas une affection psychiatrique suffisamment grave pour être incapacitante.

En ce qui concerne le complexe lié à la personnalité, on doit considérer qu'avant son accident, l'expertisée disposait de relations interpersonnelles équilibrées, sans indice qui orienterait vers une pathologie fixée de la personnalité. Durant son enfance et son adolescence, l'expertisée décrit un climat favorable. Il n'y a aucun signe psychopathologique précoce. La vie professionnelle de l'expertisée aurait toujours été caractérisée par de bonnes ressources, que ce soit sur le plan intellectuel ou relationnel. On ne constate par ailleurs aucun traumatisme affectif ou sexuel antérieur qui aurait gravement déstabilisé la construction de la personnalité de Madame K. _____.

En ce qui concerne le complexe lié au contexte social, bien que l'expertisée décrive une raréfaction de ses liens et contacts sociaux, il faut tenir compte d'une attitude de passivité et de majoration, avec des comportements d'autolimitation. L'expertisée reste en mesure d'entretenir une relation sentimentale. Elle conserve des liens d'amitié. Elle ne mentionne aucune anhédonie, il n'y a pas d'émoussement affectif qui découlerait d'une grave pathologie psychiatrique. Les ressources pour établir de meilleurs contacts sociaux sont présentes.

Au sujet des facteurs de cohérence, sur le plan strictement psychiatrique, il n'est pas possible de retenir une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie qui découlerait d'une affection psychiatrique grave et décompensée. L'expertisée, en l'absence d'une dépression grave ou d'un état de stress traumatique constitué, dispose des ressources pour investir de façon plus importante la réalité sociale et professionnelle. Des facteurs motivationnels entrent en jeu dans la chronification de l'expertisée, avec notamment l'enkystement dans une position d'insatisfaction par rapport aux soins reçus, facteurs qui entrent en jeu dans cette mauvaise évolution.

Dans ce contexte, sur le plan psychiatrique, **le poids des souffrances alléguées par l'expertisée** mérite d'être relativisé, et ne découle pas d'un tableau clinique cohérent.

Au vu de ce qui précède, je ne peux retenir une ou plusieurs affections psychiatriques susceptibles des générer des limitations fonctionnelles et une baisse de la capacité de travail. On rappellera

ici que les troubles psychiatriques graves s'accompagnent de troubles de la pensée, d'une sidération des processus cognitifs et émotionnels, ce qui n'est pas observé dans la situation de l'expertisée. Dans une activité adaptée, j'estime donc que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est et a toujours été entière."

Suite à cela, les experts ont posé les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail d'acouphènes chroniques (H 93.1) et sans influence essentielle sur la capacité de travail d'hypoacousie modérée post-traumatique (H 91.9) et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F 43.3) avec état dysthymique (F 34.1). Ils ont ensuite notamment retenu ce qui suit :

"Du point de vue ORL, l'audiogramme est normal en dehors d'une discrète élévation des seuils un peu plus marquée à gauche qu'à droite. Le bilan vestibulaire est normal. L'examen de la posture est parasité par des autolimitations et une démonstrativité importante. Nous retenons donc le diagnostic d'acouphènes chroniques et de diminution légère de l'audition. L'apparition d'acouphènes faisant suite à un souffle est souvent décrit comme décalé de plusieurs heures, comme le décrit l'expertisée. Nous considérons pour notre part, que l'atteinte auditive et les acouphènes sont de nature post[-]traumatique. La perte auditive n'atteint pas un niveau suffisant pour représenter une atteinte à l'intégrité. Concernant l'acouphène, il est considéré comme grave et représente une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 %. Les troubles de l'équilibre présentés par l'expertisé ne peuvent être mis sur le compte d'aucun désordre vestibulaire périphérique ou central.

Du point de vue neurologique, on met en évidence une instabilité à la marche, très fluctuante, atypique pour laquelle nous retenons une origine indiscutablement fonctionnelle. Il n'est pas mis en évidence d'argument pour une atteinte cérébelleuse, une myélopathie ou une atteinte périphérique proprioceptive. En conclusion, nous ne retenons pas de diagnostic neurologique chez Madame K. _____ ni limitation fonctionnelle ou incapacité de travail.

Du point de vue psychiatrique, nous ne notons pas suffisamment d'argument probant pour le diagnostic d'état de stress post[-]traumatique évoqué par le psychologue traitant. Madame K. _____ n'a pas manifesté de grave dissociation psychique. Elle ne décrit pas de cauchemars récurrents et n'a pas d'émoussement émotionnel. L'échelle PCL-S indique un score inférieur à celui nécessaire pour retenir le diagnostic de PTSD. Par ailleurs, nous ne retenons pas non plus le diagnostic d'épisode dépressif sévère : l'expertisée est souriante, décrit une tristesse modérée. Le plaisir et l'appétit sont conservés. Il n'y a pas de sentiment de dévalorisation ni de culpabilité. Le sommeil est perturbé mais par une cause somatique (acouphènes). Il n'y a pas de trouble cognitif. Le score MADRS est à 15/60 traduisant des symptômes dépressifs d'intensité légère à très légère. Nous retenons ainsi le diagnostic de dysthymie. Concernant les sensations d'instabilité sans étiologie organique retrouvée, nous retenons le diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme s'intégrant dans un contexte de sentiments de frustration et de préjudice faisant suite à la prise en charge médicale initiale après

l'accident jugée insuffisante. Ces caractéristiques sont souvent retrouvées chez des sujets qui vont évoluer vers une chronification et une majoration des plaintes, ce que nous constatons chez Madame K._____ et nous font relativiser le handicap ressenti. Pour ce qui est de l'analyse des ressources de l'expertisée, nous notons qu'il n'y a pas de comorbidité associée au trouble somatoforme, la dysthymie n'étant pas considérée comme une pathologie psychiatrique grave. Madame K._____ dispose d'un suivi psychologique régulier. Les relations sociales et familiales sont préservées. Des facteurs motivationnels entrent à notre avis en jeu dans l'enkystement de l'assurée dans une position d'insatisfaction vis-à-vis des soins reçus. Les ressources sont ainsi jugées suffisantes pour que le trouble somatoforme ne soit pas considéré comme incapacitant. En conclusion, nous ne retenons pas de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail de nature psychiatrique.

Après discussion collégiale, la capacité de travail de Madame K._____ est considérée comme entière dans un poste de travail ne l'exposant pas au bruit, comme celui proposé à la M._____, depuis 2010."

Finalement, dans une partie « réponses aux questions » les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans le dernier poste aménagé occupé, le degré de capacité de travail étant resté stable depuis lors. Ils ont ajouté que l'expertisée n'avait pas de pathologie médicale incapacitante et que sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, d'ordre professionnel ou des moyens auxiliaires. Un reclassement professionnel n'était pas judicieux mais il ne fallait pas de travail dans le bruit. Finalement, ils ont conclu que la capacité de travail de l'intéressée était entière dans le poste aménagé proposé par son employeur à la M._____ et que l'exercice d'une activité adaptée était exigible depuis 2010.

Dans un rapport SMR du 18 juillet 2016, les Drs D._____ et J._____, médecins au SMR, ont conclu qu'ils pouvaient suivre l'expertise de la Polyclinique V._____ du 28 juin 2016 qui remplissait les critères conférant un caractère probant. En conséquence, ils ont retenu que l'incapacité de travail durable avait débuté le 17 août 2013, que l'activité habituelle de tri des courriers endommagés était exigible à 100 %, tout comme une activité adaptée, étant précisé que l'assurée ne devait pas travailler dans le bruit.

Par courrier du 16 novembre 2016, l'assurée, représentée par son conseil, a pris position sur le rapport d'expertise de la Polyclinique V._____. En substance, elle a fait valoir que les experts ne répondaient pas au questionnaire de l'OAI du 16 mars 2016, mais avaient repris le questionnaire simple adressé aux médecins traitants en cours d'instruction, ce qui conduisait à une relative illisibilité de l'expertise qui consistait par ailleurs principalement en une juxtaposition de différentes « expertises monodisciplinaires ». Il convenait dès lors de contester à ce rapport une pleine valeur probante. L'intéressée a ensuite fait valoir que les experts n'avaient pas procédé à une analyse concrète de son poste de travail, alors même qu'il ressortait de l'anamnèse que le poste aménagé restait très bruyant pour l'expertisée. Le rapport d'expertise était donc insuffisamment motivé sur le point de savoir si le poste de travail de l'expertisée correspondait véritablement à ses limitations fonctionnelles et n'analysait pas sérieusement les plaintes de l'assurée. L'assurée a encore ajouté qu'une analyse globale et transversale faisait défaut et que l'absence de coordination entre les différents experts débouchait sur certaines incohérences qui ne permettaient pas d'accorder une pleine force probante à l'expertise. Finalement, l'intéressée a soutenu qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail sur un marché équilibré du travail et a conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, respectivement, à ce que la Polyclinique V._____ réponde au bon questionnaire sur la base d'une analyse concertée et commune des quatre experts concernés, la pleine intégration du Prof. N._____ étant absolument indispensable.

Dans un avis médical du 1^{er} décembre 2016, les Drs D._____ et J._____ ont tout d'abord retenu que le courrier précité du 16 novembre 2016 n'apportait pas d'élément médical nouveau. Ils ont ensuite relevé qu'à leur connaissance, il n'y avait pas d'obligation de répondre point par point aux différents items du catalogue de questions joint habituellement aux demandes d'expertise, mais que l'expertise se devait de contenir les réponses, ce qui était le cas dans ce dossier. Concernant le poste de travail de l'assurée, ils ont retenu que les experts l'estimaient adapté car il s'agissait d'une activité plus tranquille, sur ordinateur, étant précisé que l'intéressée le décrivait comme très bruyant

car dans un bureau commun. Ils ont ajouté que les plaintes subjectives de l'assurée avaient été prises en compte et que les conclusions de l'expertise se basaient sur un consilium de plusieurs experts qui avaient jugé que les ressources étaient suffisamment conservées. Les incohérences relevées étaient par ailleurs dues aux variations des réponses données par l'assurée aux différents experts, qui ne faisaient que retranscrire ses dires. Enfin, les médecins du SMR ont estimé que l'expertise de la Polyclinique V._____ restait convaincante et qu'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire.

Par décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité du 26 janvier 2017 dont la motivation était identique à son projet du 5 mars 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressée.

B. Par acte du 21 février 2017, K._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'OAI, concluant à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il rende une nouvelle décision. Préalablement, elle a prié la Cour de céans de mettre en œuvre une nouvelle expertise visant à évaluer plus précisément sa véritable capacité de travail. En substance, elle a fait valoir que les experts n'avaient pas cherché à savoir quelles étaient exactement les conditions de travail proposées par son employeur et si ces dernières correspondaient véritablement à ses limitations fonctionnelles. Ils ne s'étaient d'ailleurs jamais rendus sur place. Elle a également allégué que son lieu de travail se situait dans un environnement extrêmement bruyant avec des machines de tri et a considéré que le rapport d'expertise de la Polyclinique V._____ était insuffisamment motivé sur ce point et n'analysait pas sérieusement ses plaintes. Dans un deuxième temps, la recourante a repris les arguments développés dans le courrier de son conseil du 16 novembre 2016, avant de s'étonner que la question du caractère probant de l'expertise de la Polyclinique V._____ ait été examinée par le SMR et non le service juridique de l'OAI, dans la mesure où il s'agissait d'une question strictement juridique.

Par réponse du 3 avril 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée, en se référant en particulier aux rapports du spécialiste en réinsertion professionnelle des 2 décembre 2013 et 3 mars 2014 qui avait retenu que l'intéressée avait vu son poste de travail adapté en 2010 pour respecter les limitations fonctionnelles.

Dans sa réplique du 3 mai 2017, la recourante a soutenu que son changement de fonction avait eu lieu en 2012 et non en 2010, l'adaptation de son poste ayant fait suite à des difficultés sur le lieu de travail (conflit interpersonnel grave). Elle a ensuite fait valoir qu'elle avait informé son responsable de ses problèmes d'acouphènes en mars 2012. Elle s'était attendue à la mise en place de mesures sur sa place de travail afin qu'elle puisse continuer à travailler à la M._____, mais rien n'avait été entrepris. Par la suite, le Dr R._____ avait fourni un certificat médical demandant à son responsable qu'elle ne soit plus en présence de bruits continus. Or, il n'a pas été possible d'éliminer tous les bruits dans un centre de tri tel que celui d' [...] et elle n'avait pas pu retourner travailler. L'intéressée a ensuite allégué être motivée à trouver un emploi dans un endroit calme dans lequel elle pouvait être assise la majeure partie du temps. Elle demandait dès lors que l'OAI la reclasse. Elle a joint à sa réplique, une liste de témoins, ainsi que :

- Un courrier du 27 mars 2012 de l'employeur de la recourante intitulé « *décisions suite à enquête interne* », relevant que la situation qui l'avait amenée à déposer une plainte auprès du Service Social de la M._____ n'était pas une situation de mobbing, mais découlait d'un conflit interpersonnel grave. Il en ressortait également qu'aucune nouvelle occupation avec responsabilité de conduite ou d'encadrement ne lui serait confiée jusqu'au 1^{er} avril 2016 au moins et que les mesures de séparation de l'équipe [...] (secteur des [...]) et d'intégration de l'équipe [...] dès le 26 mars 2012 seraient maintenues. En outre, il était relevé que, lors de l'entretien le 15 mars 2012, l'intéressée avait mis en avant de nouveaux problèmes de santé pouvant représenter une contrainte pour une occupation durable dans l'équipe [...] et que cette situation serait traitée conformément aux procédures appliquées dans de tels cas et n'influencerait pas leurs décisions.

- Un courrier du 27 avril 2017 du psychologue G._____ revenant en particulier sur la prise en charge à sa consultation et son courrier personnel au fil du temps. S'agissant plus particulièrement de son courrier du 17 juin 2014 à l'OAI, le psychologue a relevé les aspects traumatisants et l'état de dépersonnalisation avaient pu être supprimés par une psychothérapie comportementale et cognitive. L'épisode dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques avait également pu être traité par une approche combinée d'antidépresseurs et de thérapie cognitive. Le psychologue a ensuite discuté l'expertise multidisciplinaire du 22 juin 2016 et la question du diagnostic. Par ailleurs, dans une partie intitulée « *discussion et conclusion* », la psychologue a relevé que l'absence de contextualisation dans les évaluations était ce qui frappait dans les différents documents à disposition. Les signes et symptômes recherchés l'étaient en dehors des liens qui auraient pu être pris en considération avec les différents contextes de l'intéressée (p. ex. approfondir le contexte de son enfance et les nombreuses années de travail à la M._____ sans aucun problème, faire des hypothèses sur la façon « non pathologique » de réagir lorsqu'on perd tout ou presque, établir un lien avec d'éventuels éléments culturels pour rapport à une

simulation éventuelle). Il a conclu en indiquant que son but était de s'exprimer en marge des différentes évaluations à caractère psychologiques et psychiatriques et d'attirer l'attention sur la fragilité des questions abordées et sur le risque d'erreur inhérent à ce domaine.

- Une attestation médicale du Dr R. _____ du 3 mai 2017, selon laquelle l'intéressée consultait régulièrement son cabinet pour une intolérance au bruit, en particulier aux trépidations, et pour des acouphènes violents et gênants. Elle se plaignait également d'une symptomatologie vertigineuse responsable de troubles de l'équilibre avec multiples chutes. Elle était en arrêt de travail. Il a ajouté qu'il appartenait aux experts de déterminer la source des symptômes vertigineux et qu'en raison d'incertitudes sur les séquelles de l'accident (composante vertigineuse) et de contradictions entre les experts, la demande de nouvelle expertise de l'intéressée lui semblait tout à fait justifiée.

Par duplique du 19 mai 2017, l'intimé a confirmé les conclusions de la décision litigieuse. En résumé, il a relevé que la capacité de travail avait été estimée entière depuis 2010 dans tout travail respectant la limitation fonctionnelle consistant à devoir éviter les activités bruyantes. Que le changement de fonction au sein de l'entreprise ait eu lieu en 2010 ou plus tard n'y changeait rien, dans la mesure où le préjudice économique subi était inférieur à 20 % et n'ouvrait droit ni à des mesures professionnelles, ni à une rente. L'OAI a en outre estimé que la recourante n'avait pas amené d'élément objectif nouveau qui aurait été ignoré des experts ou serait survenu depuis, de sorte que de nouvelles investigations ne se justifiaient pas.

E n d r o i t :

- 1.** **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (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 en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des autres règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement.

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 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 se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa

profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

b) Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % minimum (let. c) (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

4. a) 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 no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

b) 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 jurisprudence citée). 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les 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 (également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

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 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 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité). 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).

5. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2 et 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) L'assureur social - 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, 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 (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. 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 établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2, 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

6. En l'espèce, la décision de l'OAI se fonde principalement sur l'expertise de la Polyclinique V._____, dont les conclusions ont été suivies par les Drs D._____ et J._____ du SMR.

a) aa) Sur le plan somatique, les experts de la Polyclinique V._____ posent les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité

de travail d'acouphènes chroniques et sans influence essentielle sur la capacité de travail d'hypoacousie modérée post-traumatique. Ils retiennent que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée sans travail dans le bruit et que le poste aménagé proposé par son employeur à la M._____ est adapté, depuis 2010 (expertise du 28 juin 2016, p. 18, 20 et 21).

Sur le plan strictement neurologique, le Dr P._____ ne pose aucun diagnostic (expertise du 28 juin 2016, p. 11). Il estime que l'instabilité à la marche mise en évidence lors de son examen est indiscutablement fonctionnelle, en raison du fait, non seulement que le déséquilibre est intermittent, mais aussi que, spontanément, l'intéressée est toujours déviée vers le mur le plus proche. Il retient en outre que lors des épreuves debout et d'équilibre, et en particulier au moment de la marche en funambule, elle reste longtemps dans la même position mais ne chute pas. Pour le surplus, l'expert neurologue juge que le statut est normal. Il n'observe ni signe vestibulaire, ni signe en faveur d'une myélopathie ou d'une atteinte périphérique à caractère proprioceptif.

S'agissant de l'otoneurologie, le Prof. N._____ retient une atteinte auditive (déficit auditif de 5.2 % à droite et de 6.8 % à gauche) et des acouphènes (expertise du 28 juin 2016, p. 12). Ceux-ci sont qualifiés de graves à très graves, représentant une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 %. L'expert ORL estime en revanche que les troubles de l'équilibre ne peuvent être mis sur le compte d'un désordre vestibulaire, ni périphérique, ni central.

bb) Aucun document médical figurant au dossier ne permet de s'écarter des conclusions des experts sur le plan somatique.

Les appréciations du Dr X._____ rejoignent celles des experts N._____ et P._____ puisqu'il fait état d'un acouphène chronique d'intensité subjective importante et d'une surdité de perception légère à gauche. Il estime en outre lui aussi que les vertiges et les pertes d'équilibre fugaces ne peuvent être expliqués par une pathologie

vestibulaire organique (l'examen otoneurologique clinique et instrumental est jugé normal sur le plan vestibulaire) et qu'il n'y a pas d'atteinte objectivable du système de l'équilibre (rapport médical du 15 juillet 2013). Finalement, le spécialiste - pour qui l'intéressée a besoin d'un milieu calme et sans trop de stimuli - part du principe que l'activité exercée jusque-là, à savoir sa fonction au service des courriers endommagés, est encore exigible, même s'il ne se prononce pas précisément sur le degré de la capacité de travail et considère qu'il doit être rediscuté en fonction de la gêne de la patiente (rapport des Drs X._____ et Q._____ reçu le 8 janvier 2014 par l'OAI).

L'avis de la Dresse H._____ est également en phase avec les constatations des experts. En effet, elle retient un acouphène d'importance subjective considérable avec une atteinte à l'intégrité de 10 %, mais pas d'atteinte objectivable de l'audition sur le plan de l'ouïe, ni d'atteinte objectivable du système de l'équilibre, avant de poser le diagnostic d'acouphènes chroniques subjectifs bilatéraux (expertise du 3 septembre 2013). Elle estime par ailleurs elle aussi que la recourante devrait éviter d'avoir un travail en milieu bruyant. Dans ce contexte, le fait qu'elle fasse dépendre sa capacité de travail d'une évaluation psychiatrique et suggère une reprise du travail dans un contexte aménagé le moins bruyant possible à 50 %, suivie d'une augmentation progressive du temps de travail en fonction de l'évaluation globale, ne justifie pas de s'écarter de l'opinion des experts. En effet, l'état de santé psychique de l'intéressée a évolué très favorablement entre le moment où la Dresse H._____ l'a examinée et l'expertise, comme l'explique en détail le psychologue G._____ dans son courrier du 27 avril 2017.

Finalement, le Dr R._____ pose le diagnostic d'acouphènes post-traumatiques qu'il juge très perturbateurs, voire violents et gênants, et estime que l'intéressée doit pouvoir travailler dans un milieu calme, sans bruit ni trépidation (attestation médicale du 18 avril 2012, rapport médical du 3 juillet 2014 et attestation médicale du 3 mai 2017). Il fait également état de vertiges et de chutes, mais sans invoquer aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui pourrait permettre de justifier ceux-ci. Dans la mesure où les experts ont examiné ces

symptômes en détail, on ne peut qualifier ces éléments de nouveaux et de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise. Par ailleurs, contrairement aux experts et aux autres médecins ayant pris position dans ce dossier, le Dr R._____ estime que la recourante est totalement incapable de travailler et que l'activité exercée à la M._____ n'est plus exigible (rapport médical du 5 mars 2014 et rapport médical du 3 juillet 2014). Il n'objective cependant pas médicalement en quoi la fonction de l'intéressée au service des courriers endommagés ne serait plus possible (il se contente de mentionner « centrale de la M._____ » entre parenthèse dans son rapport médical du 5 mars 2014), ni les raisons pour lesquelles elle serait incapable d'exercer toute activité, mais se contente de rapporter les plaintes de cette dernière. On ne voit dès lors pas pour quel motif on devrait s'éloigner des conclusions bien étayées des experts de la Policlinique V._____ au profit de l'appréciation du Dr R._____ qui, une fois encore, n'apporte aucun élément nouveau. On peut même se demander si la position défendue par ce dernier n'est pas motivée, en partie au moins, par le lien de confiance qui s'est noué au fil des années avec sa patiente.

b) aa) Sur le plan psychique, l'expert C._____ pose le diagnostic sans influence essentielle sur la capacité de travail de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec état dysthymique (expertise du 28 juin 2016, p. 15-16).

S'agissant du trouble somatoforme, qu'il convient de considéré comme posé dans les règles de l'art, l'expert explique que la recourante présente un comportement d'autolimitation. Compte tenu de son status psychiatrique, il ne considère toutefois pas qu'elle souffre de troubles psychiques graves et décompensés qui ne peuvent plus être traités médicalement. Il souligne qu'elle bénéficie d'ailleurs d'un suivi psychologique régulier et que la médication psychotrope a pu être ajustée avec le temps. L'expert aboutit ensuite au constat que l'intéressée conserve des ressources psychiques suffisantes pour que le trouble somatoforme ne soit pas considéré comme incapacitant, en détaillant les raisons qui lui permettent de parvenir à cette conclusion. Il retient en

particulier des relations sociales, sentimentales et familiales préservées et l'absence de comorbidité associée au trouble somatoforme. Finalement, il estime que le poids des souffrances alléguées mérite d'être relativisé et ne découle pas d'un tableau clinique cohérent (expertise du 28 juin 2016, p. 17-18).

Par le surplus, le psychiatre exclut le diagnostic d'état de stress post-traumatique (expertise du 28 juin 2016, p. 16), faute de suffisamment d'argument probant (pas de grave dissociation psychique, de cauchemars récurrents et d'émoussement émotionnel, score insuffisant à l'échelle PCL-S [Posttraumatic stress disorder Checklist Scale]). Il ne retient pas non plus d'épisode dépressif sévère (expertise du 28 juin 2016, p. 16-17), préférant celui de dysthymie, en raison du fait notamment que le plaisir et l'appétit sont conservés, que la recourante ne présente pas de sentiment de dévalorisation ni de culpabilité, que son sommeil est perturbé par une cause somatique (acouphènes), qu'il n'y a pas de trouble cognitif et que le score MADRS (Montgomery-Åsberg depression rating scale) est à 15/60, ce qui traduit des symptômes dépressifs d'intensité légère à très légère. Il relève également une discordance de la présentation clinique chez l'intéressée.

bb) Les autres éléments médicaux au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert C._____ sur le plan psychique.

Les Drs R._____ et X._____ mentionnent une atteinte de l'humeur secondaire (rapport médical du 5 mars 2014) et, respectivement, un état anxio-dépressif (rapport médical du 15 juillet 2013) chez l'intéressée. Ces médecins, qui ne sont pas psychiatres, ne justifient toutefois pas leur appréciation et n'expliquent pas en quoi cet état aurait un impact sur la capacité de travail de la recourante. Cela ne permet donc pas de s'écarter de l'expertise du Dr C._____.

La Dresse H._____, qui estime que la capacité de travail de la recourante est dépendante de l'évaluation psychiatrique de cette dernière, ne se prononce pas franchement en la matière. Elle ne pose en particulier pas de diagnostic.

Finalement, le psychologue G._____ - seul véritable spécialiste à s'être prononcé sur l'état de santé psychique de la recourante en plus du Dr C._____ - s'est rallié aux diagnostics posés par l'expert psychiatre. En effet, dans un courrier du 27 avril 2017, il explique que les aspects traumatisants et l'état de dépersonnalisation évoqués précédemment dans son rapport du 17 juin 2014 ont pu être supprimés par une psychothérapie comportementale et cognitive. Il confirme également que l'épisode dépressif majeur a pu être traité. Pour le surplus, il ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'écarter de l'expertise sur ce point. Afin d'être complète, la Cour observe encore que le manque de contextualisation dans les évaluations mis en exergue par le psychologue n'est pas suffisant pour jeter un doute sur les résultats de l'expertise, faute d'élément objectif nouveau propre à faire naître un tel doute.

c) Les experts de la Policlinique V._____ ont effectué un examen clinique complet de l'intéressée (examen de médecine interne du

19 avril 2016) et ont étudié l'ensemble du dossier (anamnèse) depuis l'accident de 2010, et notamment les avis des Drs R._____, X._____ et H._____, ceux des médecins du SMR et ceux du psychologue G._____. Le Dr C._____ n'hésite d'ailleurs pas à contester les diagnostics évoqués par ce dernier antérieurement à l'expertise, en expliquant de manière détaillée les raisons qui lui permettent de s'en écarter. Le Dr P._____, le Prof. N._____ et le Dr C._____ ont réalisé leurs propres examens complémentaires en lien avec leur spécialité. Ils ont également pris en considération les plaintes de la recourante, qui ont été rapportées en détail, en particulier s'agissant des troubles de l'équilibre et de son appréciation du caractère bruyant de son activité. Le fait que les experts ne se soient pas ralliés au point de vue de l'intéressée n'implique en effet pas, comme semble le penser celle-ci, que ses plaintes ont été purement et simplement ignorées. Il y a également eu un consilium neurologique (9 mai 2016), un consilium otoneurologique (11 mai 2016) et un consilium psychiatrique (24 mai 2016). L'appréciation de la situation médicale de la recourante est exempte de contradictions, les soi-disant incohérences pointées par cette dernière étant en réalité dues aux variations de ses déclarations et non à des imprécisions des experts, comme l'ont justement fait remarquer les médecins du SMR dans leur avis médical du 1^{er} décembre 2016. L'expertise psychiatrique du Dr C._____ remplit en outre les critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes. Pour finir, les conclusions des experts L._____, S._____ et C._____, qui ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire, sont motivées de manière claire et convaincante. Les experts ont en particulier pris la peine d'expliquer de manière détaillée et pertinente les différents éléments les ayant amené à leurs conclusions, et notamment à écarter tout diagnostic neurologique (expertise du 28 juin 2016, p. 19), d'état de stress post-traumatique et d'état dépressif sévère, ainsi que tout effet incapacitant des troubles somatoformes (expertise du 28 juin 2016, p. 20). Il y a par conséquent lieu de reconnaître pleine valeur probante à leur expertise.

Le fait que les experts n'aient pas expressément suivi le schéma figurant dans le questionnaire de l'OAI ne change rien à ce qui

précède, dans la mesure où ils ont clairement évalué l'état de santé de la requérante et indiqué dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. De surcroît, compte tenu des trois consultations et du colloque de synthèse multidisciplinaire entre les signataires de l'expertise, on ne peut suivre la requérante lorsqu'elle affirme que la réflexion des experts est cloisonnée et ne découle d'aucun échange entre eux.

d) On relèvera encore que la pleine valeur probante de l'expertise de la Polyclinique V._____ porte non seulement sur l'état de santé de l'intéressée et sa capacité résiduelle de travail, mais aussi sur le fait que son activité au sein du service des courriers endommagés est adaptée.

Pour juger du caractère adapté de cette fonction, les experts se sont fondés sur la description qu'en a faite l'intéressée, à savoir « *le dernier emploi de l'expertisée était au poste de courrier endommagé. Ce travail s'effectuait dans un bureau occupé avec cinq autres collègues. Le poste était assis. Il fallait récupérer les adresses sur l'ordinateur des courriers égarés et endommagés, envoyer une lettre d'excuses ou un remboursement, timbrer le courrier et l'expédier. Ce travail est décrit comme moins fatiguant du fait des horaires réguliers, cependant le fait d'être dans un bureau commun restait pour l'expertisée, quelque chose de très bruyant* » (expertise du 28 juin 2016, p. 8). Dans ces conditions et contrairement à ce que soutient la requérante, il n'était pas nécessaire qu'ils se rendent sur place, ce d'autant plus que les Drs X._____ et H._____ ont également considéré que l'activité exercée au sein du service des courriers endommagés était encore exigible sur le principe (rapport des Drs X._____ et Q._____ reçu le 8 janvier 2014 par l'OAI et expertise du 3 septembre 2013 de la Dresse H._____). Au demeurant, on notera que la référence dans le recours à une activité « *dans un environnement bruyant avec des machines de tri* » est en contradiction avec les déclarations précédentes de la requérante, qui a successivement déclaré être dans « *un local fermé* » (rapport initial du 2 décembre 2013 du spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI) et ne plus travailler dans « *la halle principale qui était très bruyante, mais dans un bureau* » (expertise du 3 septembre 2013 de la Dresse H._____). Ainsi, il est

démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que le poste occupé par la recourante au service des courriers endommagés est adapté.

Finally, the fact that the applicant was transferred from the sorting center to the damaged mail service in 2010, as declared in her AI claim of 12 September 2013, or in 2012 as alleged in her reply of 3 May 2017, is not decisive for judging the case on its merits. The reasons for the change of assignment are no longer. In all cases, it is established that she worked in the damaged mail service at the time of filing her AI claim, so that her last activity within the M. _____ was adapted.

e) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée – sans travail dans le bruit – et que le poste qu'elle occupait au service des courriers endommagés est adapté.

7. a) 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. A ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante, à savoir d'ordonner une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

8. La recourante ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI. A juste titre, dès lors que vérifié d'office, le résultat obtenu n'est globalement pas critiquable. Même en prenant 2014 comme année de référence (six mois après le dépôt de la demande de prestation ; art. 29 al. 1 LAI), le degré d'invalidité de l'intéressée est largement inférieur à 20 %. La recourante n'a par conséquent droit ni à une rente d'invalidité ni à une mesure de reclassement.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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'assurance-invalidité 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. 1^{bis} LAI). 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. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, non représentée, 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 26 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de K._____.
- 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 :

- K. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :