

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 août 2018

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Bonard, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Monnard Séchaud, à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 16 LPGA, art. 28 al. 1 let. b et c LAI.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, était employée depuis le 17 novembre 1975 comme gestionnaire de sinistre à 100% au service de L._____.

En novembre 2012, un cancer du sein droit a été diagnostiqué chez l'intéressée. Incapable de travailler dès le 2 janvier 2013, P._____ a déposé, le 7 mai 2013, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée). Après une reprise à mi-temps de son activité le 17 septembre 2013, l'assurée a été licenciée au 30 novembre 2013.

Appelé à se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, le Dr H._____, médecin au sein du Service médical régional (SMR), a estimé dans un rapport du 1^{er} avril 2014 que la capacité de travail exigible dans son activité habituelle s'élevait à 100%. Son activité de gestionnaire de sinistres étant une activité purement administrative, elle était parfaitement adaptée aux suites de son cancer, considéré comme étant en rémission.

Renseignant l'OAI en date du 20 juin 2014, la Dresse T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu comme diagnostics invalidants un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique (F32.11) et un status post-intervention pour cancer du sein. Cette spécialiste a également relevé les éléments suivants :

« Le pronostic est pour l'instant réservé. L'état de la patiente est marqué par la persistance de symptômes psychiques du registre dépressif et anxieux, ainsi que des symptômes somatiques. Madame P._____ est en incapacité de travail à 50% et elle a perdu sa place de travail. Il sera utile et indiqué de mettre en place des mesures de réinsertion professionnelle, en évaluant ses compétences et en lui permettant de se réinsérer dans un poste adapté avec moins de responsabilité et de confrontations au stress »

La Dresse T. _____ a estimé qu'une reprise progressive de son activité professionnelle était possible à partir d'un taux d'activité de 30%, pour s'établir ensuite à 50%.

Dans un rapport médical du 31 juillet 2014, la Dresse W. _____, spécialiste en médecine interne, a retenu un carcinome du sein droit opéré le 18 février 2013 comme diagnostic invalidant. Concernant les diagnostics dénués d'effets sur la capacité de travail, cette spécialiste a mentionné un état dépressif récurrent. La Dresse W. _____ a également relevé une capacité de travail nulle entre le 3 décembre 2012 et le 16 septembre 2013. Dès cette date, dite capacité s'élevait à 50%.

Dans un rapport du SMR du 19 novembre 2014, le Dr F. _____ et le Dr M. _____, médecins praticiens, ont conclu que l'assurée était capable de travailler à 50%, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Ces deux médecins ont notamment considéré ce qui suit :

« Les éléments médicaux à disposition sont actuellement suffisants pour conclure. Dans un contexte d'état dépressif récurrent évoluant depuis l'adolescence, notre assurée présente des manifestations de burnout ayant justifié un premier arrêt de travail le 3 décembre 2012 prolongé pour des motifs cancérologiques à partir du 15 janvier 2013 jusqu'au 16 septembre 2013.

Cet arrêt de travail est médicalement justifié.

A partir du 17 septembre 2013, une reprise de l'activité professionnelle antérieure au pourcentage de 50% est formulée par les oncologues. Pour cette même période le psychiatre traitant se prononce plutôt pour une reprise progressive à 30% jusqu'à un taux maximum de 50% dans la mesure où l'activité professionnelle respecte l'absence de facteurs de stress prononcé de responsabilité importante et évite les facteurs de stress et de conflit.

L'évolution cancérologique est actuellement favorable, la patiente peut être considérée en rémission, le pronostic cancérologique reste favorable au vu de la petite taille de la tumeur initiale, l'absence de localisation secondaire à distance et en l'absence d'envahissement ganglionnaire.

Sur le plan psychiatrique, notre assurée présente depuis l'adolescence des épisodes dépressifs récurrents, ayant présenté à une seule reprise une décompensation psychiatrique avec état dépressif sévère ayant justifié une hospitalisation. Cette pathologie

n'a pas empêché jusqu'ici notre assurée d'exercer son activité professionnelle habituelle de gestionnaire de dossier pendant une trentaine d'années.

Actuellement nous ne retrouvons pas dans le descriptif du psychiatre traitant de critères de gravité déterminant un syndrome dépressif sévère.

Au vu de la symptomatologie décrite, nous sommes en présence d'un épisode dépressif qualifié de léger à moyen compte tenu de la présence de deux critères sur trois de la lettre B de la codification CIM 10 et de trois à quatre critères de la lettre C de la codification CIM 10 [...].

Le burnout n'est pas considéré comme une pathologie incapacitante de longue durée car elle s'avère rigoureusement réactionnelle à une situation professionnelle. Ainsi, du point de vue de l'AI, l'incapacité totale de travail est médicalement justifiée du 15 janvier 2013 au 17 septembre 2013, puis une reprise de l'activité professionnelle antérieure ou d'une activité professionnelle habituelle est médicalement possible au pourcentage de 50% depuis le 18 septembre 2013.

La date de début de la longue maladie est fixée au 15 janvier 2013.

Les limitations fonctionnelles sont représentées par :

sur le plan oncologique : contre-indication médicale à porter des charges lourdes avec le membre supérieur droit au-delà de 5 à 10 kg répétitivement et d'éviter toute activité professionnelle susceptible d'exposer l'assurée à des risques infectieux au niveau du membre supérieur droit (plaie, piqûre etc),

sur le plan psychiatrique éviter les situations conflictuelles, éviter les situations à haut niveau de responsabilité, éviter les situations à très haut niveau de concentration »

En janvier 2015, l'assurée a entamé une mesure professionnelle au sein d'Intégration pour tous (IPT). Dans ce cadre, P._____ a débuté au mois d'avril 2015 un stage en entreprise comme employée administrative, à un taux d'activité de 50%. Pour des raisons de santé, de fatigue et du stress ressenti, l'intéressée a interrompu son stage au 1^{er} mai 2015.

Le 20 juillet 2015, La Dresse T._____ a établi un nouveau rapport médical au sujet de l'assurée, confirmant les diagnostics invalidants retenus le 20 juin 2014, ajoutant cependant une personnalité dépendante (F60.7) au tableau clinique de l'assurée. Ce médecin a également relevé une difficulté liée à l'emploi (burnout) (Z56) comme diagnostic dénué d'effet sur la capacité de travail. Concernant l'évolution

de l'état de santé de l'assurée, la Dresse T._____ s'est déterminée comme suit :

« Depuis mon dernier rapport de juillet 2014, l'évolution psychique de l'assurée est difficile. Madame P._____ continue le suivi oncologique au [...], ayant des contrôles réguliers et un traitement hormonal. Elle est toujours en arrêt maladie, selon certificats du [...], à 50%.

Du point de vue somatique, Madame P._____ est confrontée à des effets secondaires de la ménopause et de l'hormonothérapie oncologique, elle présente des douleurs diffuses, des transpirations, des coups de fatigue et dernièrement une acné significative. Elle présente aussi un nodule thyroïdien, traité par Neo-Mercazole, et est suivie en endocrinologie au [...].

Du point du vue psychique, Madame P._____ est déstabilisée, désécurisée par la situation physique, professionnelle, voire personnelle. Elle présente des appréhensions, des craintes d'une aggravation ou d'une péjoration de sa santé, elle se sent angoissée, elle manque de motivation, elle est ralentie psychologiquement et physiquement.

Du point de vue professionnel, Madame P._____ s'est inscrite au chômage, à 50%, depuis le 1^{er} septembre 2014. A partir de mai 2015 elle a bénéficié d'une mesure IPT à but d'évaluation. Elle vient d'effectuer un stage en entreprise, prévu initialement sur 3 semaines, mais que Madame P._____ a interrompu prématurément, après 2 semaines, en raison d'une aggravation de ses symptômes physiques et psychiques. L'interruption de la mesure a fortement soulagé Madame P._____.

L'évolution s'avère difficile et pour l'instant avec une persistance des symptômes décrits.

6. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle de gestionnaire de sinistres ? Depuis quand ?

La capacité de travail dans une activité adaptée est nulle.

7. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

La capacité de travail dans une activité adaptée est plutôt nulle actuellement.

8. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Madame P._____ présente des symptômes psychiques dépressifs et anxieux, des appréhensions, un ralentissement psychique, une perte de la motivation, des difficultés d'attention et de concentration, ainsi que somatiques, notamment fatigue, transpirations, douleurs diffuses, faiblesse physique, avec une sensibilité au stress, aux responsabilités et des difficultés d'adaptation à la nouveauté et aux changements. »

La Dresse W._____, dans un rapport médical du 19 août 2015, a estimé que, sur le plan physique, l'activité habituelle était exigible à hauteur de 50%, un tel taux d'activité étant cependant inenvisageable sur le plan psychique. Elle a également relevé que l'assurée n'était plus en état de participer à un plan de réinsertion professionnelle.

Devant la dégradation de l'état de santé de l'assurée, l'OAI a soumis un nouveau questionnaire à la Dresse T._____. Le 16 janvier 2016, celle-ci a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était actuellement nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. A titre de limitations fonctionnelles, elle a énuméré des appréhensions, une fatigue, un manque d'énergie, un ralentissement psychique, une sensibilité et un manque de résistance aux stimulations, au stress et aux responsabilités.

Cette incapacité a également été retenue par la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne, dans un rapport du 7 février 2016. Comme diagnostics invalidants, le médecin a énuméré un cancer du sein grade 1 traité par tumorectomie, radiothérapie et hormonothérapie, un diabète de type II, une hyperthyroïdie sur goitre avec nodules autonomes et une fragilité psychologique. Sur le plan purement somatique, une reprise de l'activité professionnelle à 50% était imaginable. Cependant, en ajoutant la fragilité psychologique sous-jacente de l'assurée, l'activité professionnelle n'était plus possible. En tant que limitations fonctionnelles, la Dresse S._____ a retenu l'impossibilité de toute activité avec les bras au-dessus de la tête ainsi que le soulèvement et le port de charges.

Dans un avis médical SMR du 29 février 2016, le Dr N._____, spécialiste en néphrologie, a retenu que la description et les modalités de prise en charge de l'état psychique de l'assurée actuellement rapportées n'étaient pas de nature à modifier la position du SMR du 19 novembre 2014, compte tenu du fait que ces mêmes éléments d'ordre psychiatrique avaient déjà été pris en compte.

Dans un projet de décision du 10 mai 2016, l'OAI a alloué une demi-rente d'invalidité à l'assurée dès le 1^{er} décembre 2013, basée sur un degré d'invalidité de 50%. Le 3 juin 2016, P._____ s'est opposée à ce projet, relevant que celui-ci allait à l'encontre des différents avis médicaux qui la déclaraient incapable de reprendre une activité professionnelle et inapte à entamer une réadaptation.

Par décision du 2 septembre 2016, l'OAI a confirmé l'octroi d'une demi-rente à l'intéressée dès le 1^{er} décembre 2013, basée sur une capacité de travail de 50% tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité adaptée à son état de santé.

B. **a)** Par acte de recours du 3 octobre 2016, P._____ a, par l'intermédiaire de son mandataire Me Monnard Séchaud, déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a principalement conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} décembre 2013, avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} décembre 2015. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la décision litigieuse devant l'OAI pour complément d'instruction, dans le sens des considérants. P._____ a également requis la mise en œuvre d'une expertise à confier à un médecin psychiatre.

Elle soutenait que, au vu des divergences entre les positions des médecins consultés durant la procédure et celles du SMR, une expertise devait être ordonnée afin de clarifier la situation, notamment sur le plan psychiatrique et neuropsychologique. L'assurée a fait valoir qu'elle ne disposait que d'une faible capacité de travail, non pas dans un marché du travail dit équilibré, mais uniquement dans un environnement protégé. Le revenu ainsi dégagé menait inévitablement à la reconnaissance d'une rente entière d'invalidité. Elle a par ailleurs soutenu qu'en raison de son âge, de son manque de formation et du fait qu'elle n'avait connu qu'un seul employeur, sa capacité de travail ne faisait pas l'objet d'une offre structurelle sur un marché du travail tel que l'économie le connaît actuellement.

b) Dans sa réponse du 17 novembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il estimait que, compte tenu de l'âge de l'assurée, de son expérience et du fait qu'elle était capable de travailler à mi-temps, sa capacité de travail de 50% pouvait être mise en valeur. Pour l'OAI, le calcul du revenu avec invalidité était par ailleurs correct et aucun abattement n'était justifiable.

c) Par acte du 21 novembre 2016, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Sa réalisation a été confiée au Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

C. a) Dans son expertise du 11 mai 2017, le Dr B. _____ a retenu un trouble dépressif récurrent (épisode actuel en rémission partielle) (F33.5) et un trouble mixte de la personnalité (F61.0). L'expert a mis en évidence les éléments suivants :

« En conclusion, Mme P. _____ est une femme de 61 ans, célibataire et sans enfant qui dit vivre seule, sa vie sentimentale paraissant désertique.

D'après les informations à disposition, les antécédents ne sont pas particulièrement traumatiques ou carencés. L'intéressée rapporte un développement, une scolarité et une formation professionnelle sans difficulté majeure. Elle est restée stable dans son emploi aux sinistres autos d'une grande compagnie d'assurances pendant trente-sept ans.

Sur le plan psychiatrique, Mme P. _____ a été symptomatique dès l'adolescence et a été depuis lors plus ou moins régulièrement suivie par des spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Elle a été brièvement hospitalisée en milieu psychiatrique en automne 2006.

Dans le contexte d'un cancer du sein qu'on sait aujourd'hui de bon pronostic, de sa perte d'emploi et d'autres problèmes de santé physique survenus par la suite, l'intéressée a présenté un épisode dépressif léger à moyen qui est aujourd'hui en rémission partielle. Le trouble passe par des hauts et des bas de faible amplitude, sachant qu'il s'aggrave et va encore s'aggraver, au gré des problèmes existentiels de l'intéressée. S'il y a eu une situation de crise dans les suites du licenciement, rien n'indique qu'il y ait eu un épisode dépressif sévère sur la durée.

Pour l'expert, la problématique générale de l'intéressée est celle d'une fragilité pathologique face aux facteurs de stress liée à ce que signifie un trouble dépressif récurrent assorti d'un trouble de personnalité. L'intéressée manque de capacités adaptatives.

Pour ce motif, le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique globale de 30% dans l'activité de gestionnaire de sinistres et dans tout emploi dans le premier marché du travail. L'expert est quant à lui convaincu qu'il n'existe pas d'activité à bas seuil de stress telle qu'elle permette d'augmenter la capacité de travail de l'intéressée.

Ce 30% d'incapacité psychiatrique remonte vraisemblablement au début janvier 2013, sachant que le dossier retient le 2 janvier 2013. En dehors d'une courte exacerbation de quelques semaines après l'annonce du licenciement, ce 30% est resté globalement constant depuis lors. Il pourrait être fixé pour une longue durée.

D'un point de vue strictement psychiatrique, il est par contre raisonnablement exigible de Mme P. _____ qu'elle exerce une activité professionnelle à 70% d'un 100%. Le soussigné ne prend pas en compte ici la problématique somatique (pathologie thyroïdienne, diabète, douleurs articulaires) ni des facteurs psychosociaux d'une personne révoltée d'avoir été licenciée après des années de bons et loyaux services dans l'entreprise qui l'employait et ne se projette plus dans le premier marché de l'emploi.

L'expert n'a pas de mesures thérapeutiques à proposer dans ce cas. Le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité.

Des mesures professionnelles n'ont guère de chance d'aboutir chez une assurée qui ne se voit plus rejoindre le premier marché du travail, même à temps partiel.

Le pronostic psychiatrique est réservé sachant que l'atteinte à la santé physique paraît s'aggraver, avec entre autres choses la péjoration d'une coxarthrose droite et le retentissement très négatif qu'ont les troubles somatiques sur le psychisme de cette assurée. »

b) Par acte du 20 juin 2017, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a produit un avis médical SMR du 13 juin 2016 confirmant, en l'absence d'argument médical, sa position initiale du 19 novembre 2014, qui n'avait pas à être modifiée.

c) Dans ses déterminations du 4 juillet 2017, l'assurée a contesté la position de l'OAI. Elle a notamment fait valoir que l'expert

B._____ ne prenait pas en compte la problématique somatique. Partant, l'incapacité de travail de 30% émanant de l'expertise, ajoutée à l'incapacité de travail de 50% précédemment retenue par l'OAI, devait conduire à un taux d'invalidité justifiant le droit à une rente entière d'invalidité.

d) Dans ses déterminations supplémentaires du 15 juillet 2017, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a estimé que les différentes incapacités de travail retenues sur les plans physique et psychique ne pouvaient se cumuler de quelque manière que ce soit, se fondant à cet égard sur la jurisprudence du Tribunal fédéral.

e) L'assurée s'est à nouveau déterminée le 1^{er} septembre 2017, confirmant sa position développée le 4 juillet 2017. Pour l'assurée, la jurisprudence citée par l'OAI à l'appui de sa détermination du 15 juillet 2017 différait sensiblement du cas d'espèce et ne pouvait être prise en compte.

f) Par acte du 16 février 2018, l'assurée a produit un rapport médical complémentaire du 3 janvier 2018 mettant en évidence une aggravation de son état de santé. Elle a par ailleurs précisé qu'elle était disposée à se soumettre à une appréciation globale de son incapacité de travail, si dite appréciation devait s'avérer nécessaire.

E n d r o i t :

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 LPGA). 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 interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité justifiant la quotité de cette prestation.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a un recours) a besoin de documents que les médecins, 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).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2 ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

e) 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.

3b/cc ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Dans son expertise judiciaire du 11 mai 2017, le Dr B._____ a conclu, sur le plan psychiatrique, à une incapacité de travail de 30 % dans l'activité professionnelle antérieure ou toute autre activité similaire.

b) La Cour de céans constate que l'expertise judiciaire répond à tous les réquisits pour se voir conférer une pleine valeur probante. A cet égard, on observe que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur un examen complet, prend également en considération les plaintes exprimées par l'assurée et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées. L'expert a posé des diagnostics en s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu et a examiné les différentes interactions des diagnostics entre eux, ainsi que des diagnostics différentiels. Il a clairement discuté et motivé les diagnostics et le taux d'incapacité de travail retenus. Il ne se justifie dès lors pas de s'écarter de cette expertise judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), aux conclusions de laquelle l'OAI et le SMR se sont ralliés. La recourante n'a du reste pas non plus contesté les conclusions de l'expertise ni sa valeur probante.

c) Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr B._____. Une incapacité de travail, respectivement un taux d'invalidité de 30% sur le plan psychiatrique sont dès lors retenus en l'espèce.

5. a) La recourante soutient qu'à l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique de 30% devrait s'ajouter l'incapacité de travail globale de 50% telle que retenue par l'OAI, justifiant ainsi l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

b) Lorsque l'assuré souffre de plusieurs atteintes à la santé, le degré d'incapacité de travail résultant des divers empêchements doit faire l'objet d'une appréciation médicale globale. Il ne peut donc être établi en partant d'une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant des empêchement fonctionnels et des atteintes à la santé pris séparément (TF 9C_295/2013, arrêt du 20 juin 2013, consid. 4.4 et références citées, TF I 846/05, arrêt du 24 mai 2006, consid. 6 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 337 n°1218).

c) En l'espèce, il n'y a pas lieu de procéder au cumul mathématique du taux d'incapacité retenu par l'OAI et de celui dégagé par le Dr B._____. En effet, dès la prise de position du SMR du 19 novembre 2014, la problématique psychiatrique de l'assurée a été prise en compte afin de dégager un taux d'incapacité de travail global. La pathologie psychiatrique de la recourante est en effet évoquée par tous les médecins consultés, comme procédant du tableau clinique de l'assurée, et ce depuis de nombreuses années.

Sur le plan somatique, tant le SMR que la Dresse S._____ (rapport du 7 février 2016) s'accordent sur les limitations fonctionnelles telles qu'énoncées. Ces dernières, soit l'impossibilité d'une activité avec les bras au-dessus de la tête ainsi que le soulèvement et le port de charges, ne sauraient à elles seules justifier un taux d'incapacité de travail de 50%. Il apparaît dès lors admissible qu'un taux d'incapacité de travail de 30% sur le plan psychiatrique s'intègre pleinement dans l'incapacité globale de travail fixée à 50% par l'intimé pour fonder la décision attaquée. A cet égard, au vu des atteintes somatiques et de leurs limitations, l'appréciation de l'intimé telle que dûment motivée en procédure n'est pas critiquable.

6. a) La recourante fait également valoir qu'en raison de son âge, de son manque de formation et du fait qu'elle n'avait connu qu'un seul employeur au cours de sa carrière, elle ne disposerait pas d'une réelle capacité de travail sur un marché du travail équilibré.

b) Certes, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, *in* RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, *in* RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, *in* VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel

consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références).

c) Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît exigible. Il n'est pas contesté que les restrictions induites par les limitations fonctionnelles de la recourante, son âge et son manque de formation peuvent la limiter dans une certaine mesure dans ses possibilités de retrouver un emploi. Cependant, au vu de l'expérience de l'assurée dans un domaine qui lui reste accessible, on ne saurait considérer que les facteurs susmentionnés rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre en l'occurrence un large éventail de postes dans le domaine administratif, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptés aux limitations de la recourante et à son taux d'activité, accessibles au demeurant sans aucune formation particulière.

7. a) En définitive, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté en conséquence, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) Enfin, 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).

d) La recourante est renvoyée à déposer le cas échéant une nouvelle demande, au vu des nouvelles atteintes à la santé ou de la péjoration de son état qu'elle a fait valoir au cours de la procédure et qui sont postérieures à la date déterminante de la décision ayant fait l'objet du présent recours.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 septembre 2016 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 P._____.
- 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 :

- Me Monnard Séchaud, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :