

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Jomini et Mme Thalmann
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 7, 8, 21 al. 4 LPGA; art. 4 et 8 al. 3 let. b LAI

E n f a i t :

A. a) B._____ (ci-après : l'assurée), ressortissante angolaise née en 1970, résidant en Suisse au bénéfice d'une admission provisoire, a travaillé à 50% au service de restauration du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier Z._____) depuis le 1^{er} avril 2000; de janvier à juin 2003, elle a suivi une formation d'aide-soignante.

b) Le 15 février 2010, l'employeur précité a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) un formulaire de détection précoce, motivé par les absences répétées de l'assurée depuis le 3 décembre 2008 en raison d'une maladie affectant son épaule droite.

D'un entretien de détection précoce avec un collaborateur de l'OAI en date du 8 mars 2010, il est ressorti que l'assurée, qui travaillait initialement à la chaîne avec des mouvements répétitifs, avait été mise en arrêt de travail à diverses reprises depuis 2008 des suites de son atteinte à l'épaule droite. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, son employeur l'avait provisoirement placée à un poste de caissière dès février 2009. Toutefois, son état de santé avait évolué défavorablement et elle se trouvait à nouveau en incapacité de travail depuis janvier 2010, ne travaillant que trois jours par semaine de 11h00 à 16h00. En outre, de l'avis de son employeur, un changement d'activité était jugé nécessaire. A la suite de cet entretien, l'assurée a déposé le 23 avril 2010 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant souffrir d'une tendinopathie de l'épaule depuis le printemps 2008.

Aux termes d'un formulaire 531bis complété le 11 mai 2010, l'intéressée a précisé que bien portante, elle aurait travaillé à 50% depuis le 1^{er} avril 2000 en qualité d'employée d'exploitation au Centre hospitalier Z._____.

Dans un rapport du 11 mai 2010, la Dresse T._____, médecin-chef auprès du Service de la médecine du personnel du Centre hospitalier Z._____, a notamment posé les diagnostics de conflit sous-acromial au niveau de l'épaule droite, bursite sous-acromiale et tendinopathie (sus-épineux, sous-épineux et long chef du biceps). Elle a en outre exposé qu'à l'origine, l'activité habituelle de l'assurée au Centre hospitalier Z._____ consistait à travailler à la chaîne de distribution des repas, tout en étant également occupée à la laverie, au nettoyage de la salle et des chariots, ainsi qu'à la caisse. Elle a ajouté que depuis 2008, l'intéressée avait développé progressivement des douleurs au niveau de l'épaule droite associées par la suite à des cervicalgies irradiant dans les deux régions scapulaires et vers la tête avec des céphalées fréquentes. Après une infiltration de l'épaule droite en décembre 2008 avec une bonne évolution de la symptomatologie (disparition des douleurs), l'assurée avait annoncé, courant 2009, une réapparition des douleurs de l'épaule droite avec irradiation dans le membre supérieur droit jusqu'à l'index, sans déficit sensitivo-moteur associé. Dans ce contexte, le poste de travail de l'intéressée avait dans un premier temps été adapté afin d'éviter certains mouvements du bras droit; dans un second temps, l'assurée n'avait plus été affectée qu'à la caisse et au nettoyage des machines à café. Les douleurs de l'épaule étaient demeurées stables durant plusieurs mois et, en septembre 2009, l'intéressée avait décrit une nette amélioration au niveau de la symptomatologie douloureuse ainsi qu'au niveau de la mobilité de l'épaule droite. La situation s'était ensuite dégradée courant novembre 2009, avec une majoration des douleurs associées à des cervicalgies. Prise en charge par son médecin généraliste traitant la Dresse J._____, l'assurée avait ensuite été adressée à la Dresse C._____, rhumatologue. Cette dernière avait confirmé la présence d'un conflit sous-acromial avec tendinopathie des muscles sus-épineux, sous-épineux et du long chef du biceps, et avait notamment préconisé un traitement par infiltrations locales; suite à une première infiltration réalisée en janvier 2010, la situation s'était améliorée avec une diminution des douleurs. Sur le plan professionnel, la Dresse T._____ a relevé que l'intéressée était affectée aux tâches les plus légères et les mieux adaptées à ses troubles de santé, mais qu'au vu de l'évolution médicale

très fluctuante concernant son épaule, il paraissait difficile de savoir si à plus long terme elle parviendrait à maintenir une capacité de travail correspondant à son taux contractuel de 50% au sein du service de restauration du Centre hospitalier Z._____.

A teneur d'un rapport du 28 mai 2010, la Dresse C._____ a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de scapulalgies chroniques depuis 2007 sur tendinopathie de la coiffe avec conflit sous-acromial (acromion de type Bigliani II), et de cervicalgies chroniques sur dysfonctions intervertébrales mineures et tendomyogéloses. Cette spécialiste a estimé que le pronostic était des plus favorables, pour autant que l'assurée exerce une activité évitant les mouvements répétitifs avec le membre supérieur gauche. Elle a considéré que l'activité de caissière n'était pas adaptée en l'occurrence, dès lors que l'intéressée était assise et devait faire régulièrement des mouvements avec le bras surélevé en rétropulsion et rotation, et qu'elle avait très souvent la tête tournée à gauche, ce qui entretenait des contractures musculaires. La Dresse C._____ a ajouté que compte tenu de l'atteinte à la coiffe, l'assurée ne devrait pas effectuer une activité qui solliciterait de manière répétitive le membre supérieur gauche, surtout au-delà de 90°, ni porter régulièrement des charges avec le membre supérieur gauche. Cela étant, ce médecin a retenu que si l'activité habituelle n'était plus exigible, l'intéressée conservait cependant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Aux termes d'un compte-rendu du 31 mai 2010, la Dresse J._____ a retenu le diagnostic de tendinopathie chronique de l'épaule droite apparue au printemps 2008. Elle a indiqué que l'assurée travaillait actuellement à la caisse du restaurant du Centre hospitalier Z._____ à un poste allégé et provisoire, mais qu'elle ne pouvait effectuer qu'un 30%, à raison de trois demi-journées à jours non consécutifs, sous peine de recrudescence de ses douleurs de l'épaule et de ses cervicalgies. Elle a mentionné qu'en revanche, dans un travail adapté épargnant les épaules (par exemple en tant que réceptionniste), la capacité de travail de l'intéressée serait entière. Elle a souligné que les qualités personnelles de

l'assurée laissaient augurer une évolution favorable dans un travail adapté. Enfin, la Dresse J. _____ a joint à son constat les documents suivants :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique [IRM] de l'épaule droite établi le 21 janvier 2010 par le Dr G. _____, radiologue, concluant à un acromion d'orientation oblique, à la face inférieure très irrégulière, exerçant une empreinte sur la jonction musculo-tendineuse du muscle sus-épineux, dont les fibres présentaient une tuméfaction et d'importantes altérations de signal, témoignant de tendinopathie sans déchirure, associée à une bursite sous-acromiale majeure; ce spécialiste observait par ailleurs de légères altérations de signal des tendons des muscles sous-scapulaires et du long chef du biceps;

- un rapport de la Dresse C. _____ du 27 janvier 2010, confirmant l'existence d'un conflit sous-acromial et relevant pour le surplus ce qui suit :

"En ce qui concerne le travail, même si l'activité de caissière est physiquement moins lourde que l'activité préalable où elle devait porter des plateaux, elle n'est à mon avis, et ceci pour ces prochains mois, pas indiquée. Cette patiente, qui est droitrière, doit dans cette activité souvent positionner le bras de manière à ce que la position entretienne le conflit, une partie des douleurs cervicales est certainement d'origine compensatoire et tensionnelle, l'examen clinique va en tout cas dans ce sens. Une activité par exemple dans une réception ou comme téléphoniste me semblerait beaucoup plus adaptée à ses problèmes d'épaule, il n'est pas non plus indiqué que la patiente reprenne une activité en tant qu'aide infirmière."

Par rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 23 juin 2010 fondé en particulier sur le constat de la Dresse C. _____ du 28 mai 2010, les Drs Q. _____ et R. _____ ont retenu l'atteinte principale à la santé de conflit sous-acromial au niveau de l'épaule droite, bursite sous-acromiale et tendinopathie (sus-épineux, sous-épineux et long chef du biceps); à titre de pathologies associées du ressort de l'AI, ils ont mentionné des cervicalgies chroniques sur dysfonctions intervertébrales mineures et tendonmyogéloses. Cela étant, ils ont relevé que l'assurée, qui présentait une incapacité de travail de

30% depuis janvier 2010, pouvait exercer son activité habituelle à un taux de 70%. Ils ont estimé en revanche que l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, pas de port de charges régulier avec le membre supérieur droit, pas d'activité qui sollicite de manière répétitive le membre supérieur droit), à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 12 juillet 2010, l'employeur de l'assurée a exposé que cette dernière occupait depuis deux ans un poste qui avait été provisoirement adapté en sa faveur, mais que cette situation ne pourrait certainement pas perdurer, eu égard au tournus à respecter entre les employés.

L'assurée a été auditionnée personnellement dans les locaux de l'OAI en date du 9 décembre 2010, en compagnie de son médecin traitant la Dresse J._____, de sa cheffe directe (Mme H._____), et d'un responsable des ressources humaines du Département de logistique hospitalière du Centre hospitalier Z._____ (M. W._____). Les déclarations des intéressés ont été consignées dans un procès-verbal du même jour, dont la teneur est la suivante :

"L'assurée résume son état de santé : « J'ai toujours mal et ce même en travaillant à 30% ».

Actuellement l'assurée travaille à 30% (sur son taux contractuel de 50%, donc IT de 20%) dans un poste qui n'est que partiellement adapté et pas pérenne.

Son activité actuelle est principalement un travail à la caisse et un peu de nettoyage à hauteur de poitrine maximum. Pour le reste elle se fait aider par ses collègues.

Mme [...] relève que son poste a été adaptée à la caisse et avec certaines activités de nettoyage. Mais ce poste ne peut pas être considéré comme pérenne, car c'est une grosse équipe et beaucoup de tournus.

L'assurée travaille à 30%, non consécutif et sans les week-ends. Pour l'employeur l'activité actuelle reste non adaptée.

M. [...] confirme le fait qu'actuellement il ne peut rien proposer d'autre, mais qu'il va faire le maximum pour lui trouver un poste qui respecte ses LF.

Nous informons l'assemblée du résultat du rapport du SMR du 23.06.2010 comme quoi son activité habituelle est exigible à 70% et que le pronostic est plutôt favorable.

Demandons à l'assurée si elle désire rechercher une activité extérieure au Centre hospitalier Z._____. L'assurée nous confirme qu'elle ne souhaite en aucun cas quitter le Centre hospitalier Z._____ et préfère garder son poste actuel.

Au vu de la situation, aucune mesure n'est réalisable et devons quand même, au vu du diagnostic et du pronostic, considérer son activité habituelle comme partiellement adaptée.

Nous allons rendre notre DDP et fermer notre mandat d'évaluation."

Dans une «*[p]roposition de DDP*» du 10 décembre 2010, la Division administrative de l'OAI a relevé que l'assurée refusait de quitter son employeur nonobstant le fait que celui-ci ne puisse lui proposer une place correspondant pleinement à sa capacité de travail.

c) Par décision du 6 janvier 2011, l'OAI a refusé d'octroyer des mesures professionnelles à l'assurée. Dans sa motivation, fondée sur l'appréciation du SMR fixant la capacité de travail à 70% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée, l'office a relevé que l'intéressée ne souhaitait pas quitter son employeur quand bien même ce dernier ne pouvait lui proposer un poste répondant pleinement à sa capacité de travail, et que par conséquent, des mesures professionnelles ne paraissaient pas nécessaires. Pour le reste, l'autorité a informé l'assurée que l'examen de son droit éventuel à une rente d'invalidité était en cours, et que dans ce contexte, un statut de 50% active et de 50% ménagère était retenu à son égard.

B. **a)** B._____ a recouru le 4 février 2011 (date de l'envoi sous pli recommandé) auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation. En ce qui concerne l'appréciation de sa capacité de travail, elle fait valoir qu'elle n'a pas été personnellement auscultée par les médecins du SMR, lesquels ont pris position sur la seule base des rapports médicaux au

dossier. S'agissant de son refus de changer d'employeur, elle expose que son manque de formation l'empêche de se reconvertir dans une activité sédentaire et qu'elle ne pourrait retrouver un emploi que dans le secteur de la logistique, autrement dit dans un domaine nécessitant des efforts physiques. Elle ajoute que toutes les possibilités de changement d'activité ne sont pas épuisées auprès de son actuel employeur; à ce propos, elle précise qu'elle envisage d'effectuer un stage dans un service nouvellement créé, et que certains postes lui seraient accessibles moyennant une formation en informatique. Elle insiste sur le fait qu'elle désire conserver une activité professionnelle, et souligne qu'avec un appui en vue d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice d'un travail administratif simple, elle pourrait augmenter sa capacité de travail au-delà de 30%. Pour le reste, elle relève que les tâches physiques lui sont devenues très pénibles et sont susceptibles à long terme de porter gravement atteinte à son épaule. Elle indique enfin qu'elle parvient à travailler grâce à un aménagement de son horaire (un jour sur deux) et que les travaux ménagers sont effectués avec l'aide de son entourage.

A l'appui de ses dires, la recourante produit les documents suivants :

- un courrier du 26 janvier 2011 de l'Unité des ressources humaines du Département de logistique hospitalière du Centre hospitalier Z._____, dont il ressort que le cas de l'assurée est suivi de près afin de lui proposer un poste adapté à son état de santé, ce qui n'est toutefois pas évident compte tenu de son parcours professionnel; il est en outre relevé que l'intéressée fait preuve d'une attitude extrêmement positive et qu'elle a la volonté «*prouvée et avérée*» de trouver une issue à sa situation;

- un écrit de la Dresse J._____, du 28 janvier 2011, dans lequel cette dernière observe que l'appréciation de l'OAI fixant à 70% la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée est dénuée de fondement médical, et s'écarte en particulier des avis médicaux rédigés tant par ses soins que par la rhumatologue C._____. Cette praticienne

insiste en outre sur le fait qu'une réorientation professionnelle serait optimale.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 28 juin 2011. S'agissant de l'instruction de l'affaire, l'office estime que le dossier contient suffisamment de pièces permettant de statuer en connaissance de cause sur l'état de santé de l'assurée. En ce qui concerne les mesures professionnelles proprement dites, l'intimé relève que ces dernières doivent être objectivement et subjectivement appropriées au but de la réadaptation. Il relève à cet égard que l'intéressée ne souhaite en aucun cas quitter le Centre hospitalier Z. _____ et préfère garder son poste actuel quand bien même celui-ci n'est pas adapté, étant par ailleurs souligné que lors de l'entretien du 9 décembre 2010, M. W. _____ a indiqué qu'il ne pouvait actuellement proposer d'autres aménagements à l'assurée. L'OAI en déduit que l'élément subjectif fait défaut en l'occurrence et que le refus de mesures professionnelles est dès lors justifié. Il observe cependant que si la recourante venait à modifier son point de vue à ce sujet ou à trouver une possibilité concrète de réadaptation auprès du même employeur, il lui serait alors loisible de déposer une nouvelle demande de mesures d'ordre professionnel.

C. Entre-temps, une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 23 mars 2011, sur mandat de l'OAI. Dans son rapport du 7 avril suivant, l'enquêtrice a proposé de retenir un statut de 50% active et de 50% ménagère, et a évalué les empêchements ménagers à 19%.

Par décision du 8 juin 2011 confirmant un projet de décision du 21 avril 2011, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée, se fondant sur un taux d'invalidité de 23% insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

b) En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de mesures professionnelles rendue par l'OAI en date du 6 janvier 2011.

En revanche, la présente procédure ne concerne pas la décision de l'office du 8 juin 2011 refusant d'allouer une rente d'invalidité

à l'assurée, décision postérieure au dépôt du recours du 4 février 2011. Il s'ensuit que les considérations retenues à l'appui de cette dernière décision ne sauraient être examinées par l'autorité de céans dans le cadre de la présente affaire.

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 est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier

l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). La jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3; voir aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. Dans sa décision de refus de mesures professionnelles du 6 janvier 2011, l'intimé a retenu, sur la base des constatations du SMR, que l'assurée présentait une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée.

a) Pour sa part, la recourante conteste la position de l'OAI, soulignant en particulier que les médecins du SMR se sont prononcés sur sa capacité de travail sans même l'avoir auscultée personnellement. Ce grief s'avère toutefois mal fondé. En effet, à teneur de l'art. 69 RAI, il

revient à l'OAI de réunir les pièces médicales déterminantes dans un cas particulier (al. 2), puis de les soumettre au SMR, afin que ce dernier vérifie les conditions médicales du droit aux prestations (al. 4). Dans ce contexte bien précis, les rapports du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. TF 9C_105/2009 précité, loc. cit.); si ces rapports n'ont pas de véritable portée autonome pour l'instruction de la cause (cf. TFA I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4), on ne saurait pour autant leur dénier toute valeur probante, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration et les tribunaux, sous forme d'un résumé de l'histoire médicale et d'une appréciation de celle-ci (cf. TF 9C_105/2009 précité, loc. cit.; cf. consid. 3b supra). Cela étant, il appert que par définition (cf. art. 69 al. 2 et 4 RAI), les rapports de synthèse du SMR sont dressés sans examen personnel de la personne concernée. Il s'ensuit que l'on ne saurait écarter le rapport SMR du 23 juin 2010 des Drs Q._____ et R._____ du seul fait que ce compte-rendu a été établi sans que ses auteurs aient préalablement rencontré la recourante.

b) Cela étant, il est constant que sur le plan médical, l'assurée présente des atteintes à la santé affectant essentiellement son épaule droite, à savoir un conflit sous-acromial avec bursite sous acromiale et tendinopathie (sus-épineux, sous-épineux et long chef du biceps), respectivement des scapulalgies chroniques sur tendinopathie de la coiffe avec conflit sous-acromial (acromion de type Bigliani II), et qu'elle souffre en outre de cervicalgies chroniques sur dysfonctions intervertébrales mineures et tendomyogéloses (cf. rapports de la Dresse T._____ du 11 mai 2010, de la Dresse C._____ des 27 janvier et 28 mai 2010, de la Dresse J._____ du 31 mai 2010, et des Drs Q._____ et R._____ du SMR du 23 juin 2010).

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, il appert que la Dresse T._____ s'est abstenue de se prononcer sur la question, se limitant à relever, dans son rapport du 11 mai 2010, qu'il paraissait difficile de savoir à plus long terme si l'assurée parviendrait à maintenir

une capacité de travail correspondant à son taux contractuel de 50%. Quant à la Dresse C._____, elle a tout d'abord exposé, dans son compte-rendu du 27 janvier 2010, que l'activité de caissière n'était pas indiquée, et qu'une activité de réceptionniste ou de téléphoniste serait mieux adaptée aux troubles de santé de l'intéressée. Puis, dans son rapport du 28 mai 2010, cette spécialiste a confirmé que l'activité habituelle de l'assurée en tant que caissière n'était pas appropriée aux affections touchant son épaule droite (et non gauche comme mentionné à tort dans ledit rapport), respectivement n'était plus exigible, mais que dans une activité adaptée, cette dernière conservait une capacité de travail de 100%. De son côté, le 31 mai 2010, la Dresse J._____ a observé que l'intéressée ne parvenait à travailler qu'à 30% dans son poste actuel (soit trois demi-journées par semaine), mais que dans un emploi adapté épargnant les épaules - notamment comme réceptionniste - la capacité de travail serait entière et l'évolution favorable. Enfin, dans leur rapport SMR du 23 juin 2010, les Drs Q._____ et R._____ ont retenu que l'assurée pouvait exercer son activité habituelle à un taux de 70% et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit une activité ne comportant pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, ne requérant pas de port de charges régulier avec le membre supérieur droit, et ne sollicitant pas de manière répétitive le membre supérieur droit), à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

Il ressort de ce qui précède que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle n'est pas clairement établie en l'état du dossier. En effet, il apparaît que la Dresse C._____ a estimé que l'activité actuelle était inadéquate, respectivement n'était plus exigible. Quant à la Dresse J._____, elle a observé que l'assurée parvenait à travailler à 30% dans son poste actuel. Enfin, les médecins du SMR ont évoqué de leur côté une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle. Force est dès lors de constater que les avis médicaux au dossier sont loin d'être unanimes sur ce point. Dans ce contexte, il convient plus particulièrement de souligner la motivation extrêmement lapidaire du rapport du SMR du 23 juin 2010, lequel se fonde sur le constat

de la Dresse C._____ du 28 mai 2010 pour mentionner une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle, alors même que le compte-rendu de cette spécialiste ne contient aucun indice dans ce sens. En définitive, tout au plus peut-on retenir que, de l'opinion de l'ensemble des médecins interpellés sur cette problématique, l'activité habituelle de la recourante n'est pas totalement adaptée.

Cela dit, au vu des circonstances particulières du cas d'espèce, la Cour de céans peut toutefois s'abstenir de trancher la question de la diminution de la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle. En effet, quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que les pièces médicales mentionnées plus haut démontrent indiscutablement que l'intéressée présente une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles ne sont pas contestées dans le cadre de la présente affaire. A cela s'ajoute par ailleurs que la décision attaquée doit de toute manière être annulée et la cause retournée à l'OAI, pour les motifs exposés ci-dessous (cf. consid. 5 infra).

5. Aux termes de l'entretien intervenu le 9 décembre 2010 dans les locaux de l'OAI, il est apparu que l'intéressée travaillait au Centre hospitalier Z._____ dans un poste qui n'était que partiellement adapté - voire inadapté selon l'employeur - et pas pérenne. En outre, le responsable des ressources humaines du Département de logistique hospitalière du Centre hospitalier Z._____, à savoir M. W._____, a précisé qu'à ce jour il ne pouvait proposer aucune autre place à l'assurée, mais qu'il allait faire le maximum pour lui trouver un poste respectant ses limitations fonctionnelles. Cela étant, l'OAI a demandé à l'intéressée si elle désirait chercher une activité extérieure au Centre hospitalier Z._____, ce à quoi cette dernière a répondu qu'elle ne souhaitait en aucun cas quitter son employeur et qu'elle préférait garder son poste actuel.

Au vu de ces éléments, l'office a considéré, dans sa décision du 6 janvier 2011, qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre de mesures professionnelles, dès lors que la recourante ne souhaitait pas quitter son

employeur quand bien même celui-ci ne pouvait lui proposer un poste répondant pleinement à sa capacité de travail.

a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2; 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3; TF I 938/06 du 29 octobre 2007 consid. 4.1; TF I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4; 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

b) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7b al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (ATF 134 V 189 consid. 2.3; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 3.2.1; TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1; TFA I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Ainsi, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle entrant en considération concrètement) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2).

c) En l'espèce, il apparaît que l'OAI n'a pas respecté la procédure applicable dans de telles circonstances, dès lors qu'il a omis en l'espèce de procéder à la mise en demeure formelle requise par la loi (art. 21 al. 4 LPGA et art. 7b al. 1 LAI), ce qui constitue une violation du droit fédéral. Partant, la cause doit être retournée à cet office afin qu'il statue à nouveau sur le droit à des mesures d'ordre professionnel après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA.

Cette solution est d'autant plus justifiée en l'occurrence que l'absence de capacité de réadaptation subjective retenue par l'OAI (cf. à cet égard la réponse du 28 juin 2011, let. B.b supra) est pour le moins discutable. A ce propos, il est vrai que lors de l'entretien intervenu le 9 décembre 2010, l'office a demandé à l'intéressée si elle désirait chercher une activité extérieure au Centre hospitalier Z._____, ce à quoi cette dernière a répondu qu'elle ne souhaitait en aucun cas quitter son employeur et qu'elle préférerait garder son poste actuel. On peut toutefois se demander si l'office était fondé, dans sa décision du 6 janvier 2011, à considérer la mise en œuvre de mesures professionnelles comme superflue sur la base de ces seuls éléments. D'une part, il semble douteux que l'on puisse considérer la réadaptation comme vouée à l'échec du seul fait qu'à la question de l'OAI - formulées en des termes vagues, sans référence à une proposition concrète de réadaptation - de savoir si elle désirait chercher une activité extérieure au Centre hospitalier Z._____, l'assurée ait répondu qu'elle souhaitait rester auprès de son employeur et conserver son poste actuel. D'autre part, il est établi que le poste occupé par la recourante au Centre hospitalier Z._____ n'est pas pérenne, mais qu'il s'agit en réalité d'une situation provisoire qui, à terme, est appelée à prendre fin (cf. procès-verbal d'entretien du 9 décembre 2010, let. A.b supra). Or, il ne fait aucun doute que la précarité de la situation de l'assurée auprès de son employeur revêt une importance non négligeable pour juger de la nécessité de mettre en œuvre des mesures professionnelles. Il apparaît cependant que ces circonstances particulières n'ont pas été prises en compte par l'office. A cela s'ajoute, au surplus, que le mémoire de recours du 4 février 2011 ainsi que les courriers du Centre hospitalier Z._____ et de la Dresse J._____ des 26 et 28 janvier 2011 témoignent, pour leur part, de la volonté de la recourante de se réorienter dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles. Cela étant, il incombera à l'office, lorsqu'il analysera le droit de l'assurée à des mesures professionnelles après avoir procédé à la sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA, de prendre en considération l'ensemble des éléments précités dans le cadre de son nouvel examen, sans pour autant qu'il ne soit préjugé ici de l'issue de cette procédure.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.

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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (cf. CASSO AI 230/11 - 144/2012 du 23 avril 2012 consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 300 fr.

La recourante, qui a procédé seule, n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.
- III.** Un émolument judiciaire de 300 fr. (trois cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- 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 :

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :