

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 décembre 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

W._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Pierre Moser, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assurée), née le 12 juin 1960, de nationalité suisse et angolaise, travaille en qualité d'employée de cuisine au CHUV. Le 22 octobre 2007, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesure d'orientation professionnelle et d'une rente. Elle se prévalait de douleurs de l'épaule, de la nuque et du dos au côté droit depuis 2005.

Dans un formulaire 531bis rempli le 20 novembre 2007, l'assurée a indiqué que si elle était en bonne santé elle travaillerait à 100% comme employée de cuisine, par nécessité financière.

Un extrait du compte individuel de l'assurée auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a été versé au dossier, mettant en évidence des revenus de 58'740 fr. en 2005 et de 58'676 fr. en 2006.

Dans un rapport du 26 novembre 2007, les Drs F._____ et V._____, spécialiste FMH en médecine du travail et médecin praticienne au service de personnel du CHUV, ont indiqué que l'assurée faisait l'objet d'un arrêt de travail de longue durée. Elle pouvait rester assise au maximum deux heures et ne pouvait pas rester en position debout statique plus d'une heure; elle ne pouvait pas faire de mouvements répétitifs avec le bras droit. L'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail, et elle travaillait alors à 50%.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 11 décembre 2007, le service du personnel du CHUV a indiqué que l'assurée était engagée comme employée d'exploitation depuis janvier 1999 et qu'elle travaillait à 50% depuis le 18 décembre 2006. Sans atteinte à sa santé, l'assurée réaliserait un salaire de 4'619 fr. 92 par mois depuis le 1^{er} janvier 2007.

L'OAI s'est adressé au Dr C._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 10 janvier 2008, ce praticien a posé les diagnostics de probable conflit sous-acromial de l'épaule droite, de cervico-brachialgies droites dans un contexte de dysbalance musculaire et troubles statiques, de probable fibromyalgie et d'état dépressif. Il a retenu une incapacité de travail de 100% du 15 décembre 2005 au 11 janvier 2006, de 50% du 12 janvier au 26 mars 2006, de 100% du 30 octobre au 17 décembre 2006 et de 50% depuis le 18 décembre 2006. Il a expliqué que l'assurée présentait depuis décembre 2005 des douleurs au niveau de l'épaule droite apparues sans élément déclencheur mais devenant de plus en plus invalidantes. Il y avait une probable tendinite du sus-épineux et une probable fibromyalgie; des infiltrations amélioraient passagèrement les douleurs. Ce médecin s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles.

Le 30 avril 2008, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), effectué par les Drs D._____, rhumatologue FMH, et X._____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 16 mai 2008, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de conflit sous-acromial de l'épaule droite, de rachialgies dans le cadre de troubles dégénératifs, et de discrète gonarthrose bilatérale - syndrome rotulien des deux côtés. Ils ont évalué la capacité de travail à 0% dans l'activité habituelle, à moins de 50% dans une activité adaptée et à 100% dans une activité rigoureusement adaptée depuis fin octobre 2006. Ils ont ensuite retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Au plan somatique, Mme W._____ annonce avec précision l'apparition spontanée, progressive, de douleurs au niveau du moignon de l'épaule D depuis l'automne 2005. La 1^{ère} infiltration de stéroïdes dans l'épaule D réalisée en décembre 2005 permettra la disparition des douleurs pendant environ 6 mois.

Toutefois, dès l'été 2006, apparition des mêmes douleurs qu'initialement, non calmées cette fois-ci par une 2^{ème} infiltration de stéroïdes. Alors que persistait cette symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule D, nocturne en décubitus latéral D, augmentée par les efforts répétitifs sollicitant en force le membre supérieur D,

apparaissent simultanément des douleurs irradiant depuis l'épaule D vers la région latérocervicale D et la région interscapulaire D, puis environ 1 an plus tard, des douleurs centrées sur la région de la face externe du tiers supérieur de la cuisse ddc, irradiant vers les cuisses, aggravées par la marche à la montée auxquelles s'associeront ensuite des gonalgies antérieures bilatérales.

Malgré un traitement antalgique et anti-inflammatoire régulier et une réduction de l'horaire de travail à 50% et un allègement relatif des tâches manuelles, l'assurée n'annonce guère d'amélioration de la situation.

Cliniquement, on est en présence d'une assurée qui paraît ralentie, mais qui est néanmoins parfaitement bien orientée dans le temps et dans l'espace et qui livre une anamnèse exemplaire en termes de précision tant chronologique que "géographique" quant à la localisation des douleurs.

A l'examen général, on est frappé par une obésité importante, mais le reste du status est normal. Il en va de même du status neurologique.

Au plan locomoteur, l'examen clinique met en évidence de discrets troubles de la statique vertébrale, une mobilité normale dans tous les plans avec toutefois une tendomyose douloureuse, bien circonscrite à la région paradorsale moyenne D.

Aux membres supérieurs, on peut observer, malgré l'obésité, une discrète amyotrophie du moignon de l'épaule D. La mobilité de l'épaule D est presque normale, mais douloureuse en fin de course, avec des signes évidents de conflit sous-acromial, toutefois, sans signe évoquant une incompétence de la coiffe des rotateurs.

Lors de l'examen de ce jour au SMR Suisse Romande, il n'a été mis en évidence aucun point insertionnel de "fibromyalgie"; certes l'assurée annonce quelques douleurs insertionnelles, mais toujours à des endroits reliés biomécaniquement à l'épaule D, laquelle est nettement pathologique, soit au niveau de l'articulation sternoclaviculaire D, au niveau de la coracoïde et dans l'espace sous-acromial antérieur.

Aux membres inférieurs, l'examen révèle des crissements, certes annoncés comme indolores, lors de la flexion complète des genoux lors de l'accroupissement, un signe du rabot nettement positif au niveau des 2 genoux et un discret épanchement dans le genou D.

Les radiographies à disposition confirment au niveau de l'épaule D un net éperon osseux dans la région inférieure de l'acromion qui réduit sensiblement l'espace sous-acromial, des troubles dégénératifs lombaires modestes et des troubles dégénératifs modestes également au niveau des genoux.

Lors du présent examen au SMR Suisse Romande, Mme W. _____ apporte un rapport de consilium rhumatologique, daté du 21.02.2008, réalisé par la Dresse S. _____, cheffe de clinique adjointe du service de rhumatologie du CHUV. La Dresse S. _____ avait été frappée, comme les présents examinateurs, par un

ralentissement de l'assurée et elle avait demandé des examens complémentaires, notamment un dosage de la TSH et des CK qui se sont révélés normaux, permettant donc d'exclure une hypothyroïdie ou une maladie musculaire inflammatoire, ce d'autant plus que la CRP est qualifiée de normale. Les examens pratiqués par la Dresse S. _____ avaient en revanche mis en évidence une discrète hypovitaminose D (qui n'étonne pas vu l'origine ethnique de la patiente), qu'il avait été proposé de compenser par des injections intramusculaires de vitamine D3 (on ne dispose pas d'information à ce propos).

La Dresse S. _____ avait conclu à un syndrome douloureux chronique sous forme de cervico-scapulo-brachialgies D et de dorsolombalgies chroniques non spécifiées, et avait relevé, dans son examen clinique, des "points de fibromyalgie" l'ayant conduite à admettre un abaissement du seuil douloureux de l'assurée.

Ainsi que cela ressort de l'examen clinique de ce jour, nous n'avons mis en évidence aucun argument parlant en faveur d'une fibromyalgie. Nous sommes bien plutôt confrontés à une description très précise de symptômes bien corrélés avec l'examen clinique et avec les examens radiologiques.

Même si, actuellement, la mobilité active et passive de l'épaule D est encore normale, il n'en reste pas moins que l'atteinte de l'acromion est évidente et qu'on peut craindre, à termes, une lésion tendineuse, notamment au niveau du sus-épineux, en relation avec l'éperon osseux sous-acromial bien visible radiologiquement (au plan théorique du moins, pourrait se poser la question de la justification à une acromioplastie).

Cette atteinte au niveau de l'épaule D chez une droitière impose des limitations fonctionnelles rigoureuses afin d'éviter la pérennisation de la symptomatologie douloureuse et de tenter d'empêcher une détérioration plus importante de la coiffe des rotateurs. A ce titre, nous rejoignons les conclusions de la Dresse S. _____, qui estime que l'activité professionnelle actuelle de l'assurée, même allégée, n'est pas rigoureusement adaptée à sa situation ostéoarticulaire.

La capacité de travail de 50% reconnue à l'assurée dans son activité actuelle allégée est certainement le maximum de ce qui peut être attendu d'elle. En revanche, dans une activité adaptée, respectant rigoureusement les limitations fonctionnelles qui vont être énumérées ci-dessous, une capacité de travail de 100% est possible au plan somatique.

L'anamnèse psychiatrique ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité, à l'origine d'une atteinte à la santé mentale, ayant pour conséquence une incapacité de travail de longue durée.

L'examen psychiatrique au SMR permet de constater un sentiment de détresse lié aux douleurs, mais il n'est pas accompagné d'une autre symptomatologie dépressive. Une symptomatologie psychotique ou anxieuse n'est pas constatée.

En conclusion, l'assurée présente un sentiment de détresse lié aux douleurs, mais ce sentiment n'est pas accompagné d'une autre symptomatologie dépressive, même pour retenir une dépression réactionnelle, type dysthymie. Toutefois, d'après la CIM-10, la dysthymie est d'une intensité insuffisante, même pour retenir un épisode dépressif léger.

Les limitations fonctionnelles somatiques sont les suivantes:

a) Epaule D: pas de travail répétitif impliquant un déploiement de force avec le membre supérieur D à plus d'environ 40° de flexion ou d'abduction de l'épaule, ce qui signifie que seuls des travaux légers sans déploiement de force à la hauteur de la taille sont exigibles;

b) Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure au moins la position assise et debout, pas de soulèvement de charges (de toute façon limité en raison de la pathologie de l'épaule D) d'un poids excédant 5kg ni de port de charges de plus de 5 kg également;

c) Genoux: pas de travail impliquant des genuflexions répétées ni travail se faisant en position accroupie ou imposant le franchissement régulier d'escaliers ou d'escabeau.

Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle.

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

Dans son rapport du 10.01.2008, le médecin traitant, le Dr C. _____ de Lausanne, qui signale d'ailleurs que l'état de santé de l'assurée s'aggrave, indique différentes périodes d'incapacité de travail complète et partielle depuis le 15.12.2005, avec une incapacité de travail de 100% du 30.10.2006 au 17.12.2006, puis de 50% à partir du 18.12.2006.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Depuis le 18.12.2006, l'assurée travaille à 50% dans une activité réputée allégée. Malgré ces aménagements, la situation subjective ne s'améliore pas; objectivement, comme cela a été commenté ci-dessus, la situation n'est non plus pas favorable, de telle sorte que l'on doit admettre que l'activité professionnelle actuelle de l'assurée, quoiqu'à temps partiel et partiellement allégée, est au-dessus de ses forces.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est limitée par les atteintes à la santé somatiques dûment documentées. Aucune comorbidité psychiatrique n'est à relever.

Comme cela ressort des arguments présentés plus haut, l'activité initiale de l'assurée comme employée de cuisine au CHUV est absolument inadaptée. L'activité actuelle, réputée adaptée à 50%, impose des contraintes biomécaniques excessives et est à considérer comme au-dessus des forces de l'assurée.

Seule une activité professionnelle respectueuse des très rigoureuses limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus est possible et exigible à longue échéance".

Dans un rapport médical du 28 mai 2008 du Dr M._____, le SMR a repris les conclusions du rapport d'examen des Drs D._____ et X._____. Il a fixé au 18 décembre 2006 le début de l'exigibilité de la capacité de travail à 100% dans une activité rigoureusement adaptée.

Du 6 au 13 janvier 2010, l'assurée a effectué un stage d'évaluation professionnelle à la Fondation [...] au Mont-sur-Lausanne. Dans un rapport de stage du 12 janvier 2010, il a été relevé que l'assurée avait été testée dans des activités de service à la cafétéria pendant les pauses et pour passer l'aspirateur. Il a été relevé que l'assurée ressentait d'importantes douleurs, était déprimée et angoissée. Le stage a été interrompu le 12 janvier 2010 en raison de trop fortes douleurs, l'assurée ayant bénéficié d'un certificat médical d'incapacité de travail depuis cette date, délivré par le Dr C._____.

Dans un rapport du 13 avril 2010, le Dr C._____ a posé les diagnostics de probable conflit sous-acromial de l'épaule droite, de cervico-brachialgies droites dans un contexte de dysbalance musculaire et troubles statiques, de probable fibromyalgie et d'état dépressif. Il a retenu une incapacité de travail de 100% du 18 janvier au 28 février 2010 et de 50% depuis le 1^{er} mars 2010. Il a constaté une péjoration de l'état de santé de l'assurée avec une symptomatologie douloureuse plus importante touchant maintenant les deux épaules et la nuque, associée à des céphalées, et une péjoration de la lignée dépressive avec des troubles du sommeil et de l'humeur plus importants. Au status, il a noté des douleurs à la palpation de toute la ceinture scapulaire associée à des douleurs cervicales prédominant toujours du côté droit, et n'a pas retenu de trouble neurologique. Il a relevé que dans le travail de l'assurée, une activité légèrement plus légère semblait être effectuée et il estimait qu'il n'y avait pas d'autres possibilités de reconversion.

Dans un avis médical du 19 mai 2010, sous la plume du Dr B._____, le SMR a estimé que la péjoration indiquée par le Dr C._____ n'était que subjective, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de modifier l'exigibilité telle que précédemment fixée par le SMR.

Le 10 juin 2010, la direction des ressources humaines du CHUV a informé l'assurée que compte tenu de son état de santé, son taux d'activité passerait de 100% à 50% à compter du 1^{er} juin 2010, et qu'elle recevrait une rente à 50% de la part de la caisse de pensions de l'Etat de Vaud.

Dans un projet de décision du 10 septembre 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assurée, qui ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'aide de cuisine, présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 60'058 fr. 95 dans l'activité d'aide de cuisine et d'un revenu d'invalidité de 45'973 fr. 90 - fixé sur la base d'une activité simple et répétitive selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2006 indexée à 2007, en tenant compte d'un abattement de 10% - l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 23.45%. Il a également relevé que l'assurée avait interrompu son stage d'orientation professionnelle, qu'elle travaillait à 50% dans une activité partiellement adaptée auprès de son employeur habituel et qu'elle ne souhaitait pas entreprendre d'autres mesures d'ordre professionnel.

Les 8 octobre 2010 et 25 janvier 2011, l'assurée a présenté ses objections à l'encontre de ce projet de décision, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité corrélative à une invalidité de 50% au minimum. Elle a produit les documents suivants:

- Une note du 22 octobre 2010 de la direction des ressources humaines du CHUV, indiquant que, sans atteinte à la santé, le salaire annuel brut à plein temps de l'assurée (y compris le 13^{ème} salaire) s'élèverait à 64'937 fr. pour 2010.

- Une fiche de salaire informatique du CHUV, indiquant un salaire annuel de 64'937 fr. depuis le 1^{er} mars 2010.

- Un bulletin de salaire du CHUV de septembre 2010, mentionnant pour l'assurée un traitement mensuel brut de 2'547 fr. 73.

- Un rapport du 21 février 2008 de la Dresse S._____, rhumatologue FMH et cheffe de clinique adjointe au service de rhumatologie du CHUV, posant les diagnostics de syndrome douloureux chronique sous forme de cervico-scapulo-brachialgies droites chroniques et dorso-lombalgies non spécifiques, de gonalgies bilatérales sur gonarthrose fémoro-tibiale débutante, de probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite sur excroissance sous-acromiale, d'obésité morbide et d'hypovitaminose modérée. Cette spécialiste a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Madame W._____ présente un syndrome douloureux chronique se manifestant par des cervico-scapulo-brachialgies droites mal systématisées, par des douleurs costales, des dorso-lombalgies chroniques et des gonalgies bilatérales. Le tableau clinique semble déjà passablement chronifié, probablement aggravé par une prise pondérale de 15 kg en 1 an. La présence de points de fibromyalgie témoigne d'un seuil douloureux abaissé. Au plan biologique, il n'y a pas de syndrome inflammatoire avec une VS normale. Le bilan phospho-calcique est dans les normes. En raison de l'asthénie, des myalgies et de la prise de poids, j'ai effectué une TSH, des CK, une ferritine qui sont dans les normes, et une vitamine D qui est modérément abaissée.

Les radiographies montrent une gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale, une excroissance sous-acromiale droite pouvant entraîner un conflit de la coiffe, et une arthrose postérieure lombaire avec troubles de la statique. Les douleurs sont donc en grande partie attribuées à des troubles dégénératifs, en tout cas en ce qui concerne les genoux et le rachis lombaire. Il y a très probablement une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une excroissance sous-acromiale. L'obésité joue certainement également un rôle dans la dégradation clinique de la patiente ces derniers mois.

Je proposerais de poursuivre une physiothérapie douce avec des exercices réguliers à type de marche, et d'optimiser l'antalgie avec, par exemple, l'initiation d'un anti-dépresseur tricyclique, et de proposer un suivi diététique dans la mesure du possible. Je proposerais également de lui administrer une ampoule de vitamine D i.m. en raison d'un taux limite, susceptible d'entraîner des

myalgies et une asthénie. Au plan de l'activité professionnelle, celle-ci ne me semble actuellement plus adaptée. Idéalement, Madame W._____ serait à même de mener une activité professionnelle légère ne requérant pas le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs des membres supérieurs, ni les déplacements prolongés. La patiente n'étant pas qualifiée, ses chances de réinsertion me semblent toutefois assez minces. Le pronostic reste donc sombre chez cette patiente qui présente des facteurs de mauvais pronostic quant à une reprise du travail, du moins à 100%".

Par décision du 25 mai 2011, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, en se référant aux mêmes motifs que ceux de son projet de décision précité. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a expliqué que le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR a valeur probante et que l'aggravation des douleurs mentionnée par le Dr C._____ n'a pas d'effet sur la capacité de travail. Il a ajouté que l'activité exercée par l'assurée à 50% auprès du CHUV, bien qu'ayant été allégée, n'est pas entièrement adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'elle ne peut être prise en considération dans le calcul du degré d'invalidité.

B. Par acte du 29 juin 2011 de son mandataire, W._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu à l'octroi d'une rente correspondant à une invalidité de 50% au moins. Elle requiert en outre la mise en œuvre d'une expertise médicale. Sur la base de l'avis du Dr C._____, elle se prévaut d'une aggravation de son état de santé depuis le rapport d'examen du SMR du 16 mai 2008 et soutient que le Dr B._____, dans son avis médical du 19 mai 2010, n'a pas procédé à un examen clinique. Concernant le calcul du revenu d'invalidité, elle soutient qu'elle continue de travailler au CHUV comme aide de cuisine, avec un cahier des charges allégé et un taux d'activité de 50%, de sorte que le revenu d'invalidité ne peut être fixé sur la base des statistiques salariales. Compte tenu d'un marché équilibré du travail et au vu de son état de santé, l'assurée ne peut par ailleurs trouver un travail lui offrant le même salaire qu'une personne ayant les mêmes aptitudes personnelles et professionnelles. Au vu des fiches de salaire avant et après son atteinte à la santé, l'assurée présente une incapacité de gain de 50%, ce qui donne droit à une demi-rente d'invalidité.

La recourante a déposé un rapport médical du 5 août 2011 de la Dresse O._____, rhumatologue et cheffe de clinique au département de l'appareil locomoteur du CHUV, qui a posé les diagnostics de spondylarthropathie type rhumatisme psoriasique sans psoriasis, HLA-B27 négatif, et de spondylite antérieure étagée sur une IRM du rachis lombaire de 2011 sans sacroillite. Cette spécialiste s'est référée à un examen du 27 juillet 2011 et a retenu l'indication pour un traitement par anti TNF.

C. Dans sa réponse du 6 décembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

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 (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 interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

2. Dans le cas présent, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V

133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard

des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_878/2010 du 19 septembre 2011 consid. 4.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les

données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

d) 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 LPGA), 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'oeuvre. 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 LPGA, 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. 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 (TF 9C_728/2012 du 31 décembre 2012 consid. 4.3; TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.2).

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 (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.2; TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; TF 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4).

4. a) Dans le cas présent, l'assurée présente depuis plusieurs années des douleurs dorsales et de l'épaule droite. Dans leur rapport d'examen rhumato-psychiatrique du 16 mai 2008, les Drs D._____ et X._____ ont posé les diagnostics de conflit sous-acromial de l'épaule droite, de rachialgies dans le cadre de troubles dégénératifs, et de discrète gonarthrose bilatérale - syndrome rotulien des deux côtés. Ils ont évalué la capacité de travail à 0% dans l'activité habituelle, à moins de 50% dans une activité adaptée et à 100% dans une activité rigoureusement adaptée depuis fin octobre 2006. Dans leur appréciation du cas, ils ont constaté un status normal (clinique et neurologique) mais une obésité importante, de discrets troubles de la statique vertébrale, une discrète amyotrophie du moignon de l'épaule droite (constatée radiologiquement) ainsi qu'une mobilité presque normale de ce membre, mais douloureuse en fin de course, avec des signes évidents de conflit sous-acromial; ils n'ont pas retenu de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, il n'ont pas retenu d'atteinte ayant pour conséquence une incapacité de travail, malgré la présence d'un sentiment de détresse lié aux douleurs.

Les médecins du SMR ont ensuite décrit des limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte à l'épaule droite (pas de travail répétitif impliquant un déploiement de force avec le membre supérieur droit à plus d'environ 40° de flexion ou d'abduction de l'épaule, seuls des

travaux légers sans déploiement de force à la hauteur de la taille étant exigibles), au rachis (nécessité de pouvoir alterner 2x/heure au moins la position assise et debout, pas de soulèvement de charges d'un poids excédant 5kg ni de port de charges de plus de 5 kg) et aux genoux (pas de travail impliquant des genuflexions répétées ni de travail se faisant en position accroupie ou imposant le franchissement régulier d'escaliers ou d'escabeau). Ils ont retenu que l'activité initiale de l'assurée comme employée de cuisine au CHUV était absolument inadaptée et que l'activité actuelle, réputée adaptée à 50%, imposait des contraintes biomécaniques excessives et n'était pas exigible. Selon les médecins du SMR, seule une activité professionnelle respectueuse des très rigoureuses limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus était possible.

b) La recourante se prévaut d'une aggravation de son état de santé sur la base de l'avis du Dr C._____. Or, dans son rapport du 13 avril 2010, ce médecin a mentionné exactement les mêmes diagnostics que ceux qu'il avait déjà posés dans son précédent rapport du 10 janvier 2008. S'il a retenu l'existence d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente - avec notamment une symptomatologie douloureuse plus importante touchant maintenant les deux épaules et la nuque, associée à des céphalées - il ne s'est fondé que sur la description des douleurs, soit sur un élément uniquement subjectif. Il n'a donc pas retenu d'aggravation sur le plan objectif, ce d'autant plus qu'il n'a pas constaté de trouble neurologique. Ses motivations sont du reste pour le moins sommaires et peu étayées, au regard du rapport d'examen du SMR, et son appréciation concernant les possibilités de reconversion manque de conviction. En outre, en tant que médecin généraliste traitant de l'assurée, son avis au sujet de la capacité de travail doit être apprécié avec les réserves d'usage. Dès lors, le rapport du 13 avril 2010 du Dr C._____ ne permet pas de justifier l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée par rapport à ce qui a été constaté lors de l'examen effectué au SMR en avril 2008.

Quant aux autres rapports médicaux déposés par la recourante, ils ne permettent pas davantage de s'écarter des conclusions

du rapport d'examen du SMR. A cet égard, dans son rapport du 21 février 2008, la Dresse S._____ a estimé que l'assurée serait à même de mener une activité professionnelle légère ne requérant pas de port de charges lourdes, ni de mouvements répétitifs des membres supérieurs, ni de déplacements prolongés. Cette spécialiste a certes retenu que l'intéressée n'est pas qualifiée et que ses chances de réinsertion semblent assez minces, mais il s'agit là de critères non médicaux. Enfin, le rapport du 5 août 2011 de la Dresse O._____, dans la mesure où il peut en être tenu compte dans la présente procédure (car il se fonde sur un examen effectué le 27 juillet 2011, soit après la date de la décision attaquée), ne se prononce pas sur la capacité de travail ni les limitations fonctionnelles.

c) Dès lors, il y a lieu de s'écarter de l'avis du Dr C._____ et de suivre les conclusions du rapport d'examen du SMR, qui remplissent les critères en matière de valeur probante. En effet, les Drs D._____ et X._____ fondent leur appréciation du cas sur des examens médicaux complets, en pleine connaissance de l'anamnèse et des autres pièces médicales versées au dossier. On retiendra donc que l'assurée présente, dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que mentionnées par le rapport d'examen du SMR, une pleine capacité de travail à compter de fin 2006.

5. a) Sur le plan économique, la recourante conteste la fixation du revenu d'invalidé sur la base des statistiques salariales, dès lors qu'elle continue de travailler au CHUV comme aide de cuisine, avec un cahier des charges allégé et un taux d'activité de 50%.

Or, dans leur rapport d'examen du 16 mai 2008, les médecins du SMR ont relevé que l'activité exercée par l'assurée au CHUV, malgré les aménagements dont elle a bénéficié (allègement des tâches), est inadaptée car elle impose des contraintes biomécaniques excessives. Par ailleurs, dans son rapport du 21 février 2008, la Dresse S._____ a estimé que l'activité habituelle n'était plus adaptée. Il faut donc en déduire que même si la recourante travaille toujours comme aide de cuisine au CHUV, au taux de 50%, il ne s'agit pas d'une activité adaptée à son état de santé,

malgré son allégement du cahier des charges. Seule une activité respectant précisément les limitations fonctionnelles est donc exigible.

b) La recourante soutient ensuite que son état de santé et sa situation personnelle ne lui permettent pas d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail. La recourante, née en 1960, était âgée de 51 ans au moment de la décision attaquée, de sorte qu'elle était encore loin de l'âge à partir duquel les possibilités de réinsertion doivent faire l'objet d'un examen particulier selon la jurisprudence (consid. 3d ci-dessus). Ses limitations fonctionnelles peuvent paraître importantes, mais elles ne l'empêcheraient pas d'exercer une activité sédentaire sans port de charges, pour peu qu'elle puisse alterner deux fois par heure la position assise et la position debout.

Si elle a dû mettre fin à son stage d'évaluation professionnelle à la Fondation [...] au 12 janvier 2010 en raison de ses douleurs, il faut relever que l'assurée a dû y effectuer des activités (comme passer l'aspirateur) qui ne respectent pas ses limitations fonctionnelles. La Dresse S._____ a certes signalé la faiblesse des chances de réinsertion dès lors que l'assurée n'est pas qualifiée, mais il faut considérer que l'absence de qualifications ne constitue pas en soi un obstacle pour trouver un emploi. Il est donc pleinement exigible de renvoyer l'assurée à une activité adaptée à son état de santé, dès lors que le marché du travail, supposé équilibré, offre un éventail d'emplois suffisamment diversifiés pouvant lui convenir.

c) Le revenu d'invalidé doit donc être fixé sur la base des statistiques salariales, dans une activité simple et répétitive, compte tenu de la jurisprudence en la matière. Sur la base d'un salaire de référence de 4'019 fr. par mois en 2006, d'un horaire de travail de 41.7 heures hebdomadaire et d'une évolution des salaires de 1.60% de 2006 à 2007, il y a lieu de retenir un montant de base de 51'082 fr. 13. La recourante ne conteste pas le taux d'abattement de 10%, qui est équitable au vu des circonstances (ATF 126 V 75; TF 8C_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 3). Dès lors, avec l'OAI, il y a lieu de retenir un revenu d'invalidé de 45'973 fr. 92.

S'agissant du revenu sans invalidité, le salaire de 64'937 fr. dont se prévaut la recourante ne peut être retenu, dès lors qu'il correspond à l'année 2010. Selon le questionnaire pour l'employeur rempli par la direction des ressources humaines du CHUV le 11 décembre 2007, le revenu sans invalidité doit être fixé à 60'058 fr. 95 pour 2007. Après comparaison avec un revenu d'invalidité de 45'973 fr. 92, il en résulte un degré d'invalidité de 23.45%, ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI), seule prestation litigieuse.

6. a) Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

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

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. 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 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

b) Au vu de l'issue du litige, la recourante succombe, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 25 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Pierre Moser, avocat à Lausanne (pour W. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :