

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en 1961, sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations le 8 octobre 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de douleurs cervicales.

Par décision du 4 août 2009, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité en faveur de l'assurée, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de 4.02%.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 17 février 2010 (AI 393/09 - 64/2010), annulé la décision précitée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction, en particulier pour la mise en œuvre d'un examen clinique de l'intéressée, puis nouvelle décision.

Le 5 octobre 2010, l'assurée a subi un examen clinique rhumatologique pratiqué par le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), avec l'assistance d'un interprète. Dans son rapport y relatif du 22 novembre 2010, ce praticien a posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales étagées, uncarthrose en C3-4 avec légère diminution du trou de conjugaison gauche et, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome polyalgique diffus, sans substrat organique. Il a en outre exposé ce qui suit :

« APPRÉCIATION DU CAS

Pendant l'entretien, l'assurée décrit ses derniers postes de travail, le 1^{er} comme employée d'entretien au gymnase de [...], activité stoppée le 20.08.07, le 2^{ème} à la clinique [...] où l'assurée a travaillé jusqu'au 31.05.08 ; dans les 2 postes, il n'y avait pas de port de

charges lourdes, l'assurée avait au plus à porter l'aspirateur, qui était plus lourd du (sic) gymnase qu'à [...]. L'assurée estime que le poste à l'école de [...] était plus contraignant en raison d'un travail en équipe, elle estime avoir dû toujours courir.

Lorsque l'on demande à l'assurée ce qui l'empêcherait de reprendre une activité similaire à celle décrite, elle annonce qu'elle n'a pas de force, qu'elle n'arrive pas à marcher, dit avoir sa mémoire qui ne fonctionne pas comme avant. Ce n'est qu'en creusant l'anamnèse et en reprenant le diagnostic incapacitant annoncé par l'orthopédiste traitant que l'assurée reconnaît avoir des cervicalgies. Initialement, en 2007, l'assurée dit que les douleurs ont commencé au niveau du coude droit ; elle a eu 3 infiltrations au niveau épitrochléen, sans amélioration des symptômes. En ce qui concerne les cervicalgies, l'assurée se décrit inchangée malgré tous les traitements ; les informations sont discordantes par rapport à une composante inflammatoire, d'un côté l'assurée a des douleurs même au repos, des douleurs nocturnes, d'un autre côté le dérouillage matinal est rapide. Avant d'annoncer avoir des cervicalgies, l'assurée dit tout d'abord avoir mal de la tête aux pieds, 24h/24. L'assurée ne prend plus de médicament per os pour ses douleurs ostéoarticulaires, elle applique du Perskindol®. Elle garde en réserve du paracétamol pour des céphalées.

Mme C._____ se décrit extrêmement limitée, dit dans un premier temps ne pas être capable de marcher plus de 5 à 10 mètres, elle ne peut pas faire les courses, elle a parfois tellement mal qu'elle ne peut pas sortir de la maison, elle a besoin de l'aide de son mari pour s'habiller.

A l'examen clinique, la gestuelle spontanée contraste de façon importante avec l'importance des douleurs alléguées. L'assurée tient assise sans difficultés les 55 minutes de l'entretien, elle est irritable, tourne fréquemment la nuque vers l'interprète avec une rotation gauche rapide, en amplitude complète. Elle utilise normalement ses membres supérieurs lorsqu'elle va chercher des objets dans son sac en plastique. Le seul élément initial pour un comportement algique est une vitesse de marche ralentie avec une légère boiterie gauche. Lors de l'examen clinique, l'assurée a alors un comportement algique marqué à l'examen non seulement de son rachis cervical, mais également de son rachis lombaire, lors de l'examen neurologique, lors de l'examen des épaules, de la main gauche, des hanches et de l'abdomen.

L'examen de médecine interne est sp [sans particularité], hormis une tension artérielle diastolique à la limite supérieure, nous demandons à l'assurée de la faire contrôler en pharmacie. L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire ; de façon non cohérente et non expliquée par les troubles dégénératifs cervicaux, l'assurée a une force effondrée au dynamomètre, elle ne fait pas bouger l'aiguille, lorsqu'elle sert (sic) les doigts de l'examineur, l'assurée lâche contre une résistance légère.

Au niveau ostéoarticulaire périphérique, nous n'avons pas d'évidence d'arthrite. L'élément le plus marquant est la présence de douleurs ubiquitaires à la palpation des insertions tendineuses (points de Smythe) ; il n'est pas possible de conclure pour une

fibromyalgie, les points contrôlés étant également positifs. Nous retenons un syndrome poly-algique diffus.

Au niveau du coude droit, l'assurée a encore une épitrochlée extrêmement douloureuse à la palpation, mais sans douleur à la mise sous tension ou à la contraction des muscles extenseurs des doigts, avec un épicondyle droit correspondant aux points de Smythe, également très douloureux. Les signes cliniques ne sont pas remplis pour retenir une tendinite

La boiterie fluctue en intensité, mais également de côté ; elle est tout d'abord du côté gauche lorsque l'assurée se rend sur la balance, puis est à droite lors de l'analyse spécifique de la marche, l'assurée ressort avec la jambe gauche tendue. La mobilité des genoux est complète, il n'y a pas d'épanchement, la flexion des genoux déclenche surtout une douleur lombaire et, dans une moindre mesure, une douleur du genou gauche.

Au niveau du rachis, l'assurée n'a pas de troubles statiques conséquents, elle n'a pas d'attitude antalgique au niveau de sa nuque. Il existe une discordance entre la gestuelle spontanée et les douleurs présentes dans toutes les directions à l'examen de la nuque. Les amplitudes obtenues lors de l'examen ne sont pas les amplitudes maximales, l'assurée faisant des contre-pulsions. A la palpation, il n'y a pas de douleurs segmentaires, l'assurée a des douleurs diffuses bilatérales, mais sans contracture fixée. Au vu de la gestuelle spontanée et de l'examen ciblé, nous excluons un syndrome rachidien cervical.

La mobilité lombaire est complète en flexion, l'assurée a des douleurs multi-étagées de tout le rachis dorsolombosacré, sans contracture. Il n'y a pas de syndrome rachidien lombaire, pas de sciatalgie ou cruralgie irritative. Le score de Waddell est positif à la recherche de signes comportementaux.

L'assurée vient avec un dossier radiologique conséquent, elle a eu non seulement des investigations au niveau de la nuque, mais également au niveau de la colonne dorsolombaire, au niveau du coude droit, au niveau de l'avant-pied droit, au niveau du genou gauche, l'assurée a également eu une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale. Les radiographies de la nuque, complétées par une IRM en août 2007 montrent des protrusions discales étagées, sans hernie discale, elles prédominent en C3-4, il existe à ce niveau une uncarthrose diminuant légèrement le trou de conjugaison gauche, c'est-à-dire irritant potentiellement la racine C4 ; il n'y a pas de déficit neurologique sur cette racine à l'examen clinique. Les autres constatations radiologiques sont de peu de gravité, il existe des éléments à l'IRM du coude droit pour une épitrochléite aiguë qui ne s'est pas améliorée malgré tous les traitements réalisés jusqu'alors : à l'heure actuelle, comme mentionné plus haut, il n'y a pas de tendinite claire des muscles épitrochléens. L'IRM du genou gauche, effectuée le 24.06.08, est dans la limite des normes pour l'âge de l'assurée avec des fissures dans le cartilage rotulien, sans évidence de gonarthrose.

Limitations fonctionnelles

Rachis cervical : pas d'attitude prolongée la tête en extension, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de rotations rapides, pas de port de charges au-delà de 10kg (charges légères).

Le syndrome polyalgique diffus, sans substrat organique, ne justifie pas de limitations fonctionnelles durables.

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

En tenant compte d'une participation possible des troubles dégénératifs cervicaux aux plaintes de l'assurée, nous retenons une incapacité de travail depuis le 20.08.07.

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

En se basant sur les éléments du dossier à disposition, sur les éléments anamnestiques et sur l'examen clinique, nous retenons une exigibilité de 50 % dans l'activité d'employée d'entretien depuis le 20.08.07. En situation, l'assurée a été capable de continuer cette activité jusqu'au 31.05.08 à la clinique [...]. Les 2 postes, s'ils sont considérés comme différents par l'assurée, avec un travail en équipe au gymnaste (sic) de [...], avec vraisemblablement une notion de rendement au gymnase de [...], ne diffèrent pas de façon importante par rapport aux contraintes physiques. Il ne s'agit pas de postes physiquement lourds, le port de charges consiste à porter un aspirateur.

Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est complète. Ceci est à traduire en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation. Dans le cadre d'un examen clinique ou d'une expertise, cela n'est pas à la tâche du médecin de donner un exemple de travail adapté.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉE D'ENTRETIEN : 50%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%

DEPUIS LE DÉBUT DE L'ARRÊT DE TRAVAIL LE 20.8.07 ».

Dans un avis du 7 décembre 2010, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale au SMR, a exposé que le rapport du Dr D._____ était complet, étayé et remplissait les exigences de qualité requises, de sorte qu'il n'avait pas de raison médicale de s'écarter de ses conclusions.

Par décision datée du 10 juin 2011, confirmant un projet de décision du 12 avril 2011, adressée le 28 juin suivant, l'OAI a refusé

d'octroyer une rente d'invalidité en faveur de l'assurée, selon la motivation suivante :

« **Résultat de nos constatations :**

- Vous exercez l'activité de nettoyeuse.
- En date du 8 octobre 2008 vous avez déposé une demande de prestations auprès de notre assurance.
- Par décision du 4 août 2009, nous vous avons notifié un refus de rente d'invalidité et vous avez fait recours contre cette décision.
- Suite à l'arrêt du 17 février 2010, la Cour d'assurances sociales du Tribunal cantonal annule notre décision du 4 août 2009 et demande un complément d'instruction, sous forme d'un examen clinique auprès du Service médical régional.
- En date du 5 octobre 2010, nous avons donc procédé à un examen clinique rhumatologique auprès du Service médical régional. Il ressort du rapport de cet examen, qu'une capacité de travail de 50% peut être exigée de vous dans votre activité habituelle de nettoyeuse, ainsi qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (attitude prolongée avec la tête en extension, travail prolongé avec les bras au[-]dessus de la tête, rotations rapides de la nuque, port de charges au-delà de 10 kg). Soit des activités telles que : montage ouvrier à l'établi, ouvrière de conditionnement, contrôle de surveillance d'un processus de production, activité légères.
- Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.
- En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), frs 4'109.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).
- Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs 4'189.81 (frs 4'190.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 50'277.69.
- Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 3.67 % ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de frs 52'139.53.

- Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).
- Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.
- Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à frs 46'925.58.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	48'893.50		
avec invalidité	CHF	<u>46'925.60</u>		
La perte de gain s'élève à	CHF	1'967.90	= un degré	
d'invalidité de 4.02%				

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. ».

B. Le 23 janvier 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'une maladie chronique.

Par communication du 24 janvier 2014, l'OAI a accusé réception de la nouvelle demande de l'assurée et lui a imparti un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé (précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré d'incapacité de travail et le pronostic) ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Selon projet de décision du 6 mars 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, considérant qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Dans un rapport du 17 mars 2014, le Dr G._____, médecin praticien, a exposé ce qui suit :

- « 1- Lombalgies avec une discopathie pluriétagée et une cervicalgie avec une protusion discale étagée C3-C4-C5-C6 et uncarthrose pluriétagée.
F33.2, Trouble dépressif sévère, sans symptôme psychotique.
F60.4 Personnalité histrionique.
F06.71 Trouble cognitif léger, associé à un trouble physique.
- 2- Aggravation de son état de santé dans le sens de perte de mémoire, désorientation, repli sur soi-même, affectivité superficielle labile, trouble orthostatique et douleurs.
- 3- Incapacité de travail à 100% dans toutes les activités.
- 4- La patiente a été suivie par la Doctresse B._____ à [...] (Psychiatre). ».

Par communication du 30 avril 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait décidé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 23 janvier 2014, de sorte que son projet de décision du 6 mars 2014 était annulé.

Dans un rapport du 23 juillet 2014, la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie traitant l'assurée depuis le 26 juin 2013, a diagnostiqué chez sa patiente, avec effet sur la capacité de travail, une réaction dépressive prolongée depuis juin 2013 et, sans effet sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité anxieuse dépendante et impulsive (immature) ainsi qu'une fibromyalgie. Elle a exposé que l'intéressée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique intégrée avec des séances de psychothérapie toutes les 3 semaines ou tous les mois et a émis un pronostic favorable concernant l'humeur dépressive. Cette praticienne a attesté une incapacité de travail de 50% dans la dernière activité de femme de ménage depuis juin 2013, énumérant comme restrictions le fait que sa patiente se sentait fatiguée et qu'il lui était impossible de se lever en raison de son dos. Elle a en outre précisé que cette activité était encore exigible à 100% avec une diminution de rendement de 50% en raison de troubles de la concentration, voire des moments d'absence, d'une labilité émotionnelle et d'une irritabilité. Elle a également indiqué qu'il était difficile de définir la capacité de travail et qu'il serait souhaitable de l'évaluer à l'aide d'ateliers. Dans l'annexe à son rapport, la Dresse B._____ a décrit

comme limitations fonctionnelles des difficultés relationnelles ressenties par l'intéressée (essentiellement physiques, ce qui impliquait une humeur dépressive et un retrait social), des difficultés dans la gestion des émotions (facilement stressée), des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (difficultés d'endormissement et de sommeil) et une hypersensibilité au stress. Elle a encore précisé que les capacités de concentration/attention, de compréhension (ne maîtrise pas le français), mnésiques (mémoire à court terme) et d'adaptation au changement étaient limitées. Elle a enfin indiqué que des activités exigeant une grande autonomie étaient possibles, que des activités exigeant de la précision étaient possibles de manière fluctuante en fonction des douleurs physiques de l'assurée et qu'une activité professionnelle était encore possible à temps partiel.

Le 19 août 2014, le Dr G._____ a indiqué à l'OAI que l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis son dernier rapport était sans changement, qu'elle présentait une incapacité totale de travail dans toutes activités (habituelle ou adaptée), que les limitations fonctionnelles étaient des douleurs persistantes et que l'intéressée était sans travail depuis mai 2008.

Dans un avis du 24 septembre 2014, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a exposé ce qui suit :

« Lors de l'instruction initiale un examen rhumatologique SMR a retenu comme problèmes des cervicalgies justifiant une IT [incapacité de travail] de 50% dans l'activité habituelle de nettoyeuse et n'entravant pas une activité adaptée à temps plein et sans baisse de rendement. Le diagnostic de syndrome polyalgique diffus, sans substrat organique a aussi été retenu. Il s'agit d'un problème similaire à la fibromyalgie et/ou au TSD [trouble somatoforme douloureux] au sens de la jurisprudence du TFA en la matière.

Une nouvelle demande est déposée le 23 janvier 2014. Par son RM [rapport médical] du 17 mars 2014 le médecin de famille, Dr G._____ retient des problèmes de santé somatiques et psychique[s]. Sur le plan somatique, il s'agit de cervicalgies connues de longue date, sans fournir aucun élément médical objectif susceptible de rendre plausible une modification depuis l'examen rhumatologique de 2010. Sur le plan psychiatrique, il nous informe que l'assurée est suivie sur le plan psychiatrique par la Dresse

B. _____, psychiatre FMH, que nous avons donc questionné. Dans son RM du 23 juillet 2014, ce spécialiste retient comme seul problème influençant la capacité de travail F43.21 Réaction dépressive prolongée, dont la CIM-10 nous informe qu'il s'agit d'un épisode dépressif léger survenant suite à l'exposition à un stress prolongé, il s'agit d'une dysthymie. Ce spécialiste retient aussi le diagnostic de fibromyalgie.

A la lumière de la jurisprudence du TFA en la matière, il convient de confondre les empêchements secondaires au diagnostic de réaction dépressive prolongée/dysthymie avec le syndrome polyalgique diffus, sans substrat organique connu de longue date qui s'exprime actuellement sous forme de fibromyalgie.

Il n'y donc ni aggravation de l'état de santé, ni fait nouveau à même de modifier notre position.

La capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision Al. ».

Selon projet de décision du 8 décembre 2014, l'OAI a refusé d'octroyer un reclassement professionnel et une rente en faveur de l'assurée, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

- En date du 23 janvier 2014 vous avez déposé une troisième demande de prestations Al
- Votre dernière demande s'est soldée par une décision de refus de prestations Al du 28 [recte : 10] juin 2011 en raison d'un préjudice économique de 4.02 %.
- En effet, une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (attitude prolongée avec la tête, rotations rapides de la nuque, pas de port de charges au-delà de 10 kg) vous a été reconnue. Des activités telles que montage ouvrier à l'établi, ouvrière de conditionnement, contrôle de surveillance d'un processus de production, activités légères vous sont accessibles.
- Par contre, dans votre activité habituelle de nettoyeuse l'incapacité de travail est totale et définitive.
- Les éléments médicaux amenés lors de votre dernière demande de prestations, ont été soumis au Service médical régional pour examen et avis.
- Selon leur avis, lors de l'instruction initiale de votre première demande Al du 8 octobre 2008 un examen rhumatologique a retenu comme problèmes des cervicalgies justifiant une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de nettoyeuse et n'entravant pas une activité adaptée à temps plein et sans baisse de rendement. Le diagnostic de syndrome

polyalgique diffus, sans substrat organique a aussi été retenu. Il s'agit d'un problème similaire à la fibromyalgie et/ou au trouble somatoforme douloureux au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral des Assurances en la matière.

- Par son rapport médical du 17 mars 2014, Dr G. _____ retient des problèmes de santé somatiques et psychique[s]. Sur le plan somatique, il s'agit de cervicalgies connues de longue date, sans fournir aucun élément médical objectif susceptible de rendre plausible une modification depuis l'examen rhumatologique de 2010. Sur le plan psychiatrique, il nous informe que vous êtes suivie sur le plan psychiatrique par la Dresse B. _____, psychiatre FMH, que nous avons donc questionné. Dans son rapport médical du 23 juillet 2014, ce spécialiste retient comme seul problème influençant la capacité de travail F43.21 Réaction dépressive prolongée, dont la CIM-10 nous informe qu'il s'agit d'un épisode dépressif léger survenant suite à l'exposition à un stress prolongé, il s'agit d'une dysthymie. Ce spécialiste retient aussi le diagnostic de fibromyalgie.
- A la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, il convient de confondre les empêchements secondaires au diagnostic de réaction dépressive prolongée/dysthymie avec le syndrome polyalgique diffus, sans substrat organique connu de longue date qui s'exprime actuellement sous forme de fibromyalgie.
- Il n'y donc ni aggravation de l'état de santé, ni fait nouveau à même de modifier notre position.
- La capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée est inchangée depuis la dernière décision AI et le calcul du préjudice suivant reste valable :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	48'893.50	
avec invalidité	CHF	<u>46'925.60</u>	
La perte de gain s'élève à	CHF	1'967.90	= un degré d'invalidité de 4.02%

- Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.
- Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel. ».

Par courrier du 8 janvier 2015, l'assurée s'est opposée audit projet de décision, alléguant que les considérations sur son état de santé ne correspondaient pas à son état médical, et a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Le 12 janvier 2015, l'OAI lui a répondu qu'à ce stade de la procédure, il lui appartenait de produire de nouveaux éléments médicaux et lui a imparti un délai au 6 février 2015 pour ce faire.

Le 4 février 2015, le Dr G. _____ a transmis à l'OAI un rapport du 25 novembre 2009 du Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui avait examiné l'assurée dans le cadre d'un consilium rhumatologique. Il a posé le diagnostic de « fibromyalgie selon critères ACR [*American college of rheumatology*] 1990 » et a indiqué notamment ce qui suit :

« Discussion et proposition thérapeutique

Nous sommes en présence d'une patiente qui avait toujours joui d'une bonne santé habituelle, jusqu'à il y a environ 3 ans, date à laquelle elle a commencé à manifester des douleurs au niveau du coude droit qui sont étendues au membre supérieur droit puis au niveau rachidien cervical et finalement à l'intégralité de son corps. Actuellement, elle déclare effectivement des douleurs ubiquitaires présentes de jour et de nuit sans aucune modulation tant par le nyctémère que par les différents traitements qu'elle a reçus. Le corolaire à ses douleurs ubiquitaires a été une mise en incapacité de travail depuis plus de 2 ans. L'anamnèse précise révèle que ses douleurs sont véritablement diffuses, elle n'a pas constaté de tuméfaction ou de déformation articulaire, et elle relate également des céphalées et des paresthésies au niveau des membres supérieurs mais de manière diffuse. Enfin l'interrogatoire systématique ne fait pas ressortir d'élément suspect d'une connectivite ou d'un rhumatisme inflammatoire. Elle rapporte également des symptômes psychologiques sous forme d'une importante tristesse, d'une importante fatigue, raison pour laquelle elle a de son propre chef décidé d'aller consulter un psychiatre. L'examen clinique somatique, demeure tout à fait rassurant d'un point de vue ostéo-articulaire, avec actuellement l'absence de syndrome rachidien tant au niveau cervical, dorsal que lombaire, en revanche il y a effectivement des signes suggestifs d'un syndrome d'amplification des symptômes puisque les signes comportementaux de Waddell sont tous présents, et vu qu'il y a notamment une importante discordance entre les plaintes alléguées par la patiente et les constatations cliniques pathologiques qui sont somme toute tout à fait banales et donc normales. On constate par ailleurs l'existence de points de fibromyalgie (Smythe) qui sont tous douloureux, et l'absence de synovite ou d'arthrite permet au vue (sic) de l'anamnèse et du bilan parachimique biologique qui a été réalisé lors de la consultation d'écarter l'hypothèse d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une connectivite à l'origine des (sic) ses douleurs. En effet, le bilan paraclinique biologique s'est avéré donc tout à fait normal, y compris le bilan phosphocalcique et thyroïdien et le bilan inflammatoire, il permet donc d'écarter raisonnablement une cause secondaire à ses douleurs diffuses.

On peut donc actuellement retenir l'hypothèse d'un diagnostic de fibromyalgie selon les critères de l'ACR, au vue (sic) de l'absence de limitations fonctionnelles d'un point de vue ostéo-articulaire somatique chez cette patiente qui devrait au vue (sic) d'un diagnostic de fibromyalgie bien entendu bénéficier d'une évaluation psychiatrique idoine puisque cette entité nosologique, d'un point de vue asséurologique, n'est pas considéré comme une affection invalidante en l'absence d'une comorbidité psychiatrique sous-jacente. Enfin on pourrait recommander à la patiente de cesser tous les traitements d'antalgie instrumentale invasive qui ne paraissent pas du tout indiqués chez cette patiente, et qui ont aussi pu contribuer au processus de chronification en confortant la patiente dans son impression de souffrir d'une maladie grave au niveau cervical. Au contraire, il faudrait favoriser les stratégies de coping, et introduire un traitement régulateur du traitement du seuil de la douleur d'antidépresseurs tricycliques. Pour ce qui est de l'examen IRM cervical réalisé en août 2007, d'après le rapport du radiologue, ces trouvailles sont tout à fait non corrélées aux constatations de l'examen clinique (qui est normal), constatations IRM qui d'ailleurs se trouvent également fréquemment [chez] des patients totalement asymptomatiques comme notre patiente. Qui plus est il n'y a aucun élément convaincant en faveur d'une cervico-brachialgie lors du présent examen clinique qui démontre ainsi une mobilité cervicale tout à fait normale et l'absence de déficit sensitif moteur ou réflexe au niveau des membres supérieurs avec par ailleurs une mobilité tout à fait normale des épaules. ».

Par décision du 9 février 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 8 décembre 2014, refusant d'octroyer un reclassement professionnel et une rente en faveur de l'assurée. Dans le courrier d'accompagnement de cette décision, il a relevé que les arguments soulevés dans le rapport du 25 novembre 2009 du Dr L. _____ étaient déjà connus au dossier.

Dans un rapport non daté, indexé par l'OAI le 9 février 2015, relatif à une IRM lombaire réalisée le 2 février 2015, la Dresse Z. _____, spécialiste en radiologie, a rédigé la conclusion suivante :

« Légère sténose canalaire en L4-L5 sur protrusion discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement sténosante et légère arthrose interfaccettaire sans signe de conflit radiculaire.

Légère sténose canalaire en L5-S1 sur protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante et légère arthrose interfaccettaire sans signe de conflit radiculaire.

Aspects compatibles avec des remaniements dégénératifs des articulations sacro-iliaques. ».

C. Par acte du 12 mars 2015, C._____, représentée par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a recouru contre la décision du 9 février 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le 21 janvier 2014, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction, mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. En substance, elle a exposé présenter des troubles physiques et psychiques qui l'empêchaient de travailler et qu'au vu de sa personnalité et de l'ensemble de la situation, il était impossible d'exiger d'elle qu'elle surmonte ses douleurs et qu'elle exerce une activité lucrative, tel que l'atteste le Dr G._____ dans ses rapports des 17 mars et 6 août 2014, appuyé par la Dresse B._____ dans son rapport du 23 juillet 2014. Elle a relevé que l'intimé avait apprécié les pièces et rapports médicaux de manière totalement partielle en se fondant exclusivement sur le rapport du SMR du 24 septembre 2014 et en ayant écarté sans motivation l'aggravation de son état de santé constatée par les médecins précités.

Dans sa réponse du 12 mai 2015, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 24 septembre 2014, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 9 février 2015.

Par réplique du 8 juin 2015, la recourante a confirmé ses conclusions.

L'intimé en a fait de même dans sa duplique du 23 juin 2015.

E n d r o i t :

1. **a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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

al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 10 juin 2011 ayant une incidence sur son droit à une telle rente.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il 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, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de

vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, à l'occasion de la décision rendue le 10 juin 2011, la recourante avait été examinée par le Dr D._____, qui avait posé le diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail de cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales étagées, uncarthrose en C3-4 avec légère diminution du trou de conjugaison gauche. Le diagnostic non incapacitant de syndrome polyalgique diffus, sans substrat organique, avait également été retenu. Ce praticien avait ainsi conclu à une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'employée d'entretien depuis le 20 août 2007 et à une pleine capacité de travail dès cette date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis cervical, soit pas d'attitude prolongée la tête en extension, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de rotations rapides et pas de port de charges au-delà de 10kg.

En ce qui concerne l'état de santé de la recourante lors de la décision entreprise, le Dr G._____, dans ses rapports des 17 mars et 19 août 2014, a posé les diagnostics de lombalgies avec une discopathie pluriétagée et une cervicalgie avec une protusion discale étagée C3-C4-C5-C6 et uncarthrose pluriétagée, de trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique, de personnalité histrionique et de trouble cognitif léger associé à un trouble physique. Il a exposé que l'état de santé de l'intéressée s'était aggravé « dans le sens de perte de mémoire, désorientation, repli sur soi-même, affectivité superficielle labile, trouble orthostatique et douleurs » et a attesté une incapacité de travail totale dans toutes activités. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a indiqué des douleurs persistantes.

Quant à la Dresse B._____, dans son rapport du 23 juillet 2014, elle a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de réaction dépressive prolongée depuis juin 2013 - émettant un pronostic favorable à ce sujet - et, sans effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité anxieuse dépendante et impulsive (immature) ainsi que de fibromyalgie. Elle a conclu à une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, précisant que la capacité de travail était entière avec une baisse de rendement de 50%, tout en relevant qu'il était difficile de définir la capacité de travail et qu'une évaluation à l'aide d'ateliers était souhaitable. S'agissant des limitations fonctionnelles psychiatriques, elle a décrit des difficultés relationnelles, dans la gestion des émotions et à maintenir un rythme diurne/nocturne, ainsi qu'une hypersensibilité au stress, précisant que les capacités de concentration/attention, de compréhension, mnésiques et d'adaptation au changement étaient limitées. Elle a indiqué que des activités exigeant une grande autonomie ou de la précision étaient possibles.

Le 4 février 2015, le Dr G._____ a transmis à l'intimé un rapport du 25 novembre 2009 du Dr L._____, qui ne figurait pas à son dossier lorsque la décision du 10 juin 2011 a été rendue. Le Dr L._____ a posé le diagnostic de « fibromyalgie selon critères ACR 1990 », sans indiquer s'il impactait ou non la capacité de travail. Il a relevé que

l'examen clinique somatique demeurerait tout à fait rassurant d'un point de vue ostéo-articulaire, avec une absence de syndrome rachidien tant au niveau cervical, dorsal que lombaire. Il a indiqué des signes suggestifs d'un syndrome d'amplification des plaintes, n'a pas relevé de limitations fonctionnelles d'un point de vue ostéo-articulaire somatique et a suggéré une évaluation psychiatrique au vu du diagnostic de fibromyalgie.

b) On constate ainsi que les éléments médicaux postérieurs à la décision du 10 juin 2011 ne permettent pas d'établir une modification de l'état de santé de la recourante propre à modifier sa capacité de travail telle que retenue à cette date.

Sur le plan somatique, l'intéressée souffre toujours de cervicalgies. Si le Dr G._____, médecin traitant, a conclu à une incapacité de travail totale dans toutes activités notamment en lien avec ce diagnostic, il n'a pas décrit précisément cette affection ni n'a explicité en quoi elle impactait la capacité de travail, se limitant à évoquer de façon sibylline des douleurs persistantes. Il n'a pas non plus exposé de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles l'état de santé de sa patiente se serait aggravé, se contentant d'énumérer des considérations vagues et générales sans les confronter avec la situation médicale telle qu'elle se présentait auparavant. Les rapports du Dr G._____, très succincts, apparaissent ainsi insuffisamment motivés pour se voir conférer pleine valeur probante, ce d'autant plus qu'il est le médecin traitant de l'intéressée. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr D._____ du 22 novembre 2010, soit que les cervicalgies présentées par la recourante ne l'empêchent pas d'exercer à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans son rapport d'examen clinique rhumatologique.

Quant aux diagnostics psychiatriques incapacitants posés par le Dr G._____, au demeurant aucunement documentés, ils n'ont pas été confirmés par la Dresse B._____, spécialiste en la matière. Cette praticienne a cependant retenu le diagnostic impactant la capacité de travail de réaction dépressive prolongée depuis juin 2013, sans toutefois

apporter plus de précisions quant à cette affection. Si elle a conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle avec une baisse de rendement de 50% en évoquant des troubles de la concentration, une labilité émotionnelle et une irritabilité, elle ne s'est toutefois pas prononcée sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques, indiquant que la capacité de travail était difficile à définir. S'agissant de ce diagnostic, le Dr T. _____ du SMR, dans son rapport du 24 septembre 2014, a relevé qu'il correspondait à un épisode dépressif léger survenant à la suite d'une exposition à un stress prolongé et qu'il s'agissait d'une dysthymie, concluant ainsi à l'absence d'impact sur la capacité de travail. Cette appréciation est corroborée par le fait qu'un pronostic favorable a été émis par la Dresse B. _____ concernant l'humeur dépressive et que l'intéressée bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier à cet égard. Il ne saurait ainsi être retenu que la réaction dépressive prolongée dont souffre la recourante depuis juin 2013 influence sa capacité de travail dans une activité adaptée.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie posé par la Dresse B. _____, elle ne l'a pas étayé, mais a indiqué qu'il n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Cette appréciation correspond d'ailleurs au diagnostic similaire de syndrome polyalgique diffus sans substrat organique retenu par le Dr D. _____ dans son rapport du 22 novembre 2010 et considéré comme non incapacitant, ainsi qu'au diagnostic de « fibromyalgie selon critère ACR 1990 » retenu par le Dr L. _____ dans son rapport du 25 novembre 2009. Si ce dernier ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail en lien avec cette affection, son analyse, à l'instar de celle du Dr D. _____, ne relate aucune limitation à cet égard et fait état d'un syndrome d'amplification des plaintes. Dans ces conditions, il convient de considérer que la fibromyalgie respectivement le syndrome polyalgique diffus sans substrat organique présentés par l'intéressée n'ont pas d'effet sur sa capacité de travail.

c) En conclusion, il y a lieu de retenir que la situation médicale de la recourante ne s'est pas modifiée depuis la décision du 10 juin 2011.

Ainsi, conformément à l'avis probant du Dr D._____, l'intéressée présente depuis le 20 août 2007, d'une part, une incapacité de travail durable supérieure à 40% dans son activité habituelle de nettoyeuse et, d'autre part, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'attitude prolongée la tête en extension, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de rotations rapides et pas de port de charges supérieures à 10 kg).

Quant au taux d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé au calcul effectué dans sa décision du 10 juin 2011, entrée en force, dont il résulte que ce taux s'élève à 4.02%.

Le taux d'invalidité de la recourante ne s'est ainsi pas modifié depuis la décision du 10 juin 2011.

7. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

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'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 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Enfin, au vu de l'issue du litige, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 février 2015 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 C._____.
- 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 :

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour C._____)
- 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 :