

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

D._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Raphaël Tatti,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Le 4 janvier 1990, D._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1953, a déposé une demande de prestations AI. Elle faisait état d'un status après luxation postérieure de la hanche droite, d'une fracture de Maisonneuve droite, de fractures de côtes multiples, d'un étirement plexuel lombo-sacré ainsi que d'une algoneurodystrophie du membre inférieur droit depuis le 7 janvier 1989.

Il résulte d'un questionnaire rempli le 6 juillet 1990 par l'hôtel M._____ à [...] que l'assurée a travaillé à son service dès le 10 décembre 1986 comme femme de chambre à raison de quarante-deux heures par semaine pour un salaire mensuel de 2'000 fr. depuis 1988, son salaire correspondant à son rendement. Il aurait été de 2'150 fr. en 1990.

Dans un rapport du 24 août 1990, le Dr P._____, médecin associé à l'hôpital [...] à [...], a exposé que l'assurée avait été victime d'un accident de la circulation en Yougoslavie le 7 janvier 1989. Il a posé les diagnostics suivants:

"Luxation postérieure de la hanche droite.
Fracture de Maisonneuve du membre inférieur droit.
Fracture des côtes multiples.
Algoneurodystrophie du membre inférieur droit.
Probable plexopathie par étirement à prédominance L5 droit."

Il mentionne en outre ce qui suit:

"Appréciation du cas:

19 mois après son accident de la circulation, Madame D._____ présente toujours d'importantes douleurs de son membre inférieur droit qui n'ont malheureusement pas pu être contrôlées malgré de très nombreuses séances de physiothérapie. Durant cette période, la prise pondérale a été régulièrement croissante, malgré des conseils diététiques extrêmement précis et l'assistance de la diététicienne de l'Hôpital [...].

Vu l'évolution peu favorable, un scanner lombaire avait été effectué. Celui-ci n'a pas mis en évidence d'hernie, ni de trouble dégénératif. Par contre, il existe un canal lombaire discrètement étroit au niveau

du corps vertébral L5, ainsi qu'un discret relâchement ligamentaire L4/L5. Ce status n'explique pas les présentes séquelles douloureuses.

L'ensemble des plaintes peut donc ainsi être attribuée d'une part à la survenue de cette algoneurodystrophie, et d'autre part à cette plexopathie d'étirement.

Une réorientation professionnelle est indispensable. Malheureusement, vu le niveau scolaire de cette patiente, celle-ci sera très difficile à mener à bien."

Il estime l'incapacité de travail totale depuis le 7 janvier 1989.

Par décision du 18 juin 1991, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a alloué une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% à l'assurée.

Ensuite de procédures de révision de la rente, l'OAI a informé la recourante que son invalidité n'avait pas subi de modifications susceptibles d'influencer son droit à la rente par communications des 7 octobre 1993, 5 février 1997, 5 octobre 2000 et 7 juillet 2004.

La W._____ (ci-après: la W._____) a transmis à l'OAI une décision rendue par elle le 23 juin 2008 mettant un terme au versement de la rente entière d'invalidité LAA qu'elle allouait depuis le 1^{er} janvier 1992, avec effet au 31 décembre 2007.

Le 27 juin 2008, l'OAI a entamé une procédure de révision de la rente. Il résulte du rapport médical du 25 août 2008 du Dr B._____, spécialiste en médecine générale, qu'il s'agit d'une patiente qu'il avait vue récemment au mois de juillet et qu'il ne connaissait pas avant. Il ne lui était donc pas possible de préciser si la situation était stationnaire ou s'était modifiée. Il précisait que la patiente marchait avec boiterie et notait une distance doigts-sol de 35 cm. Il observait que la fonction des membres supérieurs, de même que la mobilisation passive des membres, étaient sans particularité la mobilisation active étant douloureuse au niveau de la région lombaire. Il indiquait que la patiente ne pouvait pas travailler à 100 %. Il posait les diagnostics suivants:

“Status après luxation postérieure de la hanche droite.
Status après fracture de Maisonneuve au membre inférieur droit.
Status après fracture de la malléole interne droite
Status après multiples fractures des côtes.
Status après algoneurodystrophie du membre inférieur droit.”

Le 13 mars 2007, la W._____ a confié un mandat de surveillance sur la personne de l'assurée à un détective privé. Il résulte de son rapport d'observations du 27 juillet 2009, notamment ce qui suit:

"Réponses aux questions posées lors de la réception de la mission:

De quelle manière Mme D._____ occupe-t-elle ses journées?

Je n'ai pratiquement jamais vu Madame D._____ en dehors de son domicile mis à part les samedis matin. Il semblerait qu'elle reste à la maison le reste du temps. Je ne peux répondre plus précisément à cette question.

Dans quel environnement gravite-t-elle?

Le jour où je me suis présenté à sa porte pour voir à quoi Madame D._____ ressemblait, il semble que de nombreuses personnes se trouvaient dans son appartement. Toutes ces personnes s'exprimaient dans une langue étrangère. De plus, lors de ses passages le samedi matin au marché, Madame D._____ est régulièrement en contact avec des personnes qui semblent appartenir à la même nationalité qu'elle. Y compris de nombreux brocanteurs.

Sembler-t-elle gênée dans son quotidien par des douleurs?

Lors de mes surveillances le samedi matin, Madame D._____ ne semblait pas gênée par des douleurs pour effectuer les trajets de son domicile à la Place de la [...]. Par exemple, je ne l'ai jamais vue grimacer lors d'un quelconque mouvement.

S'adonne-t-elle à une activité professionnelle? Si oui, combien d'heures par jour/semaine et comment est-ce réparti dans la journée ou la semaine?

Non, suite aux surveillances, il ne semble pas que Madame D._____ exerce une quelconque activité professionnelle mise à part le fait de fouiller dans les poubelles des quartiers et de revendre les trouvailles le samedi matin lors du marché.

Peut-elle marcher normalement? Si oui, pendant combien de temps? Boîte-t-elle lorsqu'elle se déplace?

Oui, Madame D._____ marche normalement. Par exemple lors du trajet de son domicile jusqu'à la place de la [...], Madame D._____ n'effectue aucune pause mis à part une fois où elle a noué son

foulard. Ce trajet là dure environ 35 minutes. Que la route soit plate, qu'elle monte ou qu'elle descende, Madame D. _____ n'est pas gênée dans ses mouvements. Le seul jour où j'ai vu Madame D. _____ boiter était le jour où elle s'est présentée pour un entretien dans les locaux de la W. _____. Ce jour là, elle a boité avant et après l'entretien.

Peut-elle conduire? Quel type de véhicule? Pendant combien de temps?

Je n'ai jamais vu Madame D. _____ au volant d'un véhicule. Madame D. _____ ne possède pas de permis de conduire.

Peut-elle porter des charges? Si oui, de quel type? Avec quel(s) bras?

Mise à part le samedi 8 septembre (vidéo 84 - 85 - 86 et 92) où elle porte du bras droit un sac en plastique, je n'ai jamais vu Madame D. _____ porter une quelconque charge. Je ne peux répondre plus précisément à cette question.

Peut-elle pousser ou tirer des charges? Si oui, de quel type? Avec quel(s) bras?

Lors de ses sorties au marché, Madame D. _____ tire un chariot à courses. Elle le tire en principe du bras droit mais il arrive qu'elle le fasse aussi avec le bras gauche. Je ne peux dire quel poids pèse le chariot, cependant il semble que lors du départ du domicile le chariot ne soit pas vide mais rempli de bibelots que Madame D. _____ revend à divers brocanteurs sur place.

Sort-elle ? A-t-elle une vie sociale et/ou associative?

Je n'ai jamais vu Madame D. _____ sortir mis à part les samedis matins et lors de l'entretien du 7 juin 2007. Je ne peux répondre plus précisément à cette question.

S'acquitte-t-elle seule de ses travaux domestiques (courses, ménage, etc.)

Je ne peux répondre à cette question, je ne l'ai jamais vue à la fenêtre de son appartement avec par exemple, un duvet. Les surveillances n'ont pas permis d'éclaircir ce point. Pour les courses, le 7 juin, le couple D. _____ s'est rendu dans une épicerie de quartier, cependant c'est son mari qui portait les sacs en sortant du magasin.

Quelle est la mobilité de cette personne? Peut-elle se baisser en avant, plier les genoux? Le fait-elle normalement? Avec gêne?

Oui, Madame D. _____ peut se pencher en avant. Lors des surveillances au marché, elle a effectué ce mouvement quelques fois. Le mouvement a l'air tout à fait normal, sans gêne apparente. Par contre je n'ai jamais vu Madame D. _____ plier les genoux ou s'accroupir.

A-t-elle encore charge de famille? Enfant(s)? Est-elle aidée dans son quotidien par son mari, sa famille, des voisins, amis?

Les surveillances n'ont pas permis d'éclaircir ce point. Le fils de Madame D. _____ habite aussi l'immeuble mais dans un autre appartement avec son amie (épouse), cependant de l'extérieur je n'arrive pas à savoir si ils aident Madame D. _____. Je ne peux répondre plus précisément à cette question.”

La W. _____ a confié un mandat d'expertise au Dr A. _____, chirurgien orthopédiste lequel a établi son rapport le 11 mars 2008. Il en résulte notamment ce qui suit:

“Diagnostic:

Status après luxation postérieure de la hanche droite.
Status après fracture de Maisonneuve au membre inférieur droit (fracture de l'extrémité du péroné avec entorse de la cheville).
Fracture non diagnostiquée, au début, de la malléole interne droite.
Fractures de côtes multiples.
Status après algoneurodystrophie du membre inférieur droit.

Discussion:

Madame D. _____ est donc une patiente actuellement âgée de 54 ans, Bosniaque d'origine, mais établie en Suisse depuis 1986 et qui, depuis décembre 1986, travaille comme femme de chambre dans un hôtel de [...].

Sans antécédent médical particulier, la patiente a donc eu, à l'âge de 36 ans, un accident de voiture en Slovénie le 7 janvier 1989.

Il en est résulté les lésions décrites ci-dessus sous diagnostic.

La patiente a donc été traitée pendant 2 semaines dans un hôpital de Slovénie, après que la luxation de la hanche droite ait été réduite dans cet hôpital. Après ses deux semaines d'hospitalisation, la patiente est revenue en train, en couchette, pour se faire hospitaliser de nouveau au [...] à [...] où elle est restée dans différents services jusqu'au 20 mai 1989.

Depuis lors, elle a été suivie ambulatoirement à l'Hôpital [...] de [...] par le Dr P. _____.

Une algodystrophie s'est développée au niveau de la hanche droite, alors qu'elle était encore au [...], et elle a été traitée par Calcitonine Spray nasal et, progressivement, cette algoneurodystrophie a disparu.

A sa sortie du [...], elle a été encore faire un séjour de 2 à 3 semaines au Centre Thermal de [...] et, depuis ce moment là, elle s'est plainte en permanence de douleurs multiples et un syndrome d'étirement du nerf sciatique a été évoqué par le Dr P. _____, mais il n'y a aucun document électroneuromyographique prouvant cette neuropathie du sciatique, dans les documents ni du [...] ni de [...].

Depuis ce moment là, la patiente bénéficie d'une rente complète de l'Assurance Invalidité, (depuis juillet 1990), rente qui a été révisée tous les 2 à 3 ans, et qui a toujours été confirmée.

Donc actuellement, la patiente touche toujours encore une rente complète de l'Assurance Invalidité.

Lors de ma consultation du 25 janvier 2008, la patiente m'a déclaré qu'elle allait toujours plus mal, qu'elle avait des douleurs dans la région lombaire, à la crête iliaque droite, à la face externe de la hanche droite, au genou droit, à la cheville droite, pratiquement en permanence, et qu'elle sent une péjoration progressive.

Elle m'a donc déclaré que d'habitude, lorsqu'elle sortait de chez elle, elle prenait une canne dans la main droite.

Ceci m'étonne, car lorsque l'on veut soulager la jambe droite, il faut tenir sa canne, si nécessaire, dans la main gauche, c'est-à-dire dans la main controlatérale.

Le fait qu'elle tienne sa canne dans la main droite, elle me l'a bien précisé plusieurs fois, montre qu'elle ne décharge pas et qu'elle ne soutient pas son membre inférieur droit!

J'ai également été étonné que la patiente puisse délayer ses chaussures, debout, jambes tendues, en touchant donc ses chaussures avec ses mains, alors que lors de l'examen clinique, elle m'a déclaré qu'elle ne pouvait pas se pencher plus que jusqu'à une distance doigt-sol de 40 cm!

Mon examen clinique n'a pas montré de trouble neurologique particulier au membre inférieur droit, puisque les réflexes rotuliens sont présents et symétriques, que les réflexes achilléens n'ont pas été trouvés ni à droite ni à gauche, qu'il y a peut être encore une légère insuffisance des moyens fessiers droits, puisque le signe de Duchenne est positif à droite, mais que le signe de Trendelenburg est négatif.

Je n'ai pas constaté de contracture importante de la région lombaire en position debout, et le fait que le signe de la corde de l'arc soit négatif des deux côtés aux inclinaisons latérales montre qu'il n'y a pas de pathologie importante au niveau du rachis lombaire.

Enfin, sur toutes les radiographies que j'ai faites faire, il n'y a aucune image évoquant une fracture de vertèbre.

Je note encore que la patiente ne s'est absolument pas plainte des suites de ses fractures de côtes, ce qui ne m'a pas poussé à faire une radiographie du thorax de contrôle.

Il y a donc une discordance entre les plaintes subjectives de la patiente et mes constatations cliniques, de même qu'avec les constatations cliniques que m'a rapportées le Dr F. _____ lors de notre téléphone du 25 janvier 2008.

Pour la rédaction de ce rapport, je ne me fonde pas sur les documents d'observation que vous m'avez adressés, car il ne s'agit pas de documents médicaux.

En outre, actuellement, il n'y a aucun signe de nécrose de la tête fémorale droite. En effet, après une telle luxation de hanche, une complication classique est le développement plus ou moins tardif (jusqu'à 5 ans) d'une nécrose de la tête fémorale, ce qui entraîne une modification de l'interligne coxo-fémoral et une modification de la rotondité de la tête. Ceci n'est pas le cas chez la patiente et la mobilité de la hanche droite peut être considérée comme parfaitement satisfaisante puisque la flexion est possible jusqu'à 120° et que les rotations sont dans les valeurs physiologiques.

Il n'y a donc pas de séquelle ostéo-articulaire au niveau de la hanche droite.

Je n'ai trouvé aucune séquelle particulière à l'examen neurologique des membres inférieurs, à part une absence des réflexes achilléens aux deux chevilles.

En outre, le genou a une fonction physiologique et la cheville droite présente un léger défaut de 10° pour l'extension dorsale alors que la flexion plantaire est symétrique par rapport à gauche. Mon impression est donc qu'il y a vraisemblablement chez la patiente, une tendance à amplifier des symptômes qui ne trouvent pas d'expression ni clinique ni radiologique.

Il y a donc environ 17 à 18 ans que la patiente touche une rente complète de l'Assurance Invalidité, de même qu'elle touche une rente LAA d'invalidité à 100% depuis 1992, c'est-à-dire depuis 16 ans, et qu'elle déclare ne pas travailler compte tenu de ses plaintes."

S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assurée, l'expert mentionnait que selon son téléphone du 25 janvier 2008 avec le Dr F. _____, celui-ci lui avait déclaré que la patiente arrivait sans canne pour les contrôles et qu'il avait l'impression d'une amplification subjective des symptômes mais que malgré cela, il ne lui donnait que du Panadol comme traitement, ce qui est tout à fait léger. Pour sa part, l'expert était d'avis, compte tenu des constatations cliniques et radiologiques, qu'il n'y avait en tout cas pas eu de péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis 1992 mais que son état s'était plutôt amélioré puisque celle-ci présentait une fonction du membre inférieur droit parfaitement satisfaisante au point de vue ostéo-articulaire puisqu'elle marchait sans canne actuellement lorsqu'elle sortait et puisqu'elle déclarait que lorsqu'elle avait besoin d'une canne, elle la portait de sa main droite, ce qui ne lui permettait pas de soulager ce membre inférieur droit.

S'agissant du taux d'incapacité de travail, l'expert mentionnait que les symptômes étaient très subjectifs de la part de l'assurée et qu'étant donné que les médecins successifs qui l'avaient soignée avaient déclaré qu'elle ne pouvait plus travailler comme femme de chambre, il lui paraissait difficile de déclarer qu'actuellement elle soit en tout ou partie capable de reprendre cette profession. En revanche, compte tenu de son handicap, il estimait que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle qu'elle travaille dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans soulever des poids, sans se baisser et se relever souvent, en ayant une activité assise, avec possibilité de se lever et de se détendre régulièrement, à peu près toutes les heures à une heure et demie. Dans ce cas-là, il estimait une activité à 50 % envisageable. Il ajoutait qu'il est connu qu'à partir d'une année d'incapacité de travail après un accident, les patients ont toujours beaucoup de peine à se remettre au travail dans un rythme qu'ils ont perdu. Il lui paraissait donc que si, théoriquement, on pouvait envisager une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, une reprise de travail dans les conditions actuelles, malgré que la patiente soit âgée actuellement de 54 ans était difficilement envisageable.

A la demande de la W._____, l'expert a établi un complément d'expertise le 17 janvier 2009. Il en résulte notamment ce qui suit:

"Par votre lettre du 17 décembre 2008, vous m'avez prié de reprendre les termes de mon expertise datée du 11 mars 2008, dans laquelle, à la page 19, j'aurais déclaré que pour la rédaction de mon rapport, je ne m'étais pas fondé sur les documents d'observation que vous m'aviez adressés car il ne s'agit pas de documents médicaux.

Vous me demandez maintenant, dans le cadre de la procédure d'opposition en cours, de bien vouloir répondre à une question complémentaire après avoir pris connaissance du rapport d'observation que vous m'avez renvoyé.

J'ai donc repris en détail les termes de mon expertise et, j'ai noté dans la discussion les discrédances que j'ai relevées entre les déclarations de la patiente et mes examens cliniques et radiologiques.

J'avais donc noté, dans la description de mon examen clinique du 25 janvier 2008, que la patiente était arrivée sans canne, mais que j'avais constaté qu'elle marchait en boitant du membre inférieur

droit, tenant sa main sur sa crête iliaque droite et avec le genou droit quasi raide.

J'avais également noté que pour délayer ses chaussures, debout, elle se penchait en avant, jambes tendues et touchait son soulier sans hésitation particulière alors que lors de l'examen de son rachis, à la flexion antérieure, la distance doigt-sol avait atteint 40 cm, ce qui ne correspondait pas à la flexion spontanée pour délayer ses chaussures.

J'avais noté également que la patiente déclarait marcher avec une canne dehors, canne qu'elle tenait dans la main droite, ce qui ne correspondait pas à une décharge d'un membre inférieur droit douloureux, puisqu'elle aurait dû marcher avec sa canne dans la main gauche.

J'avais noté également, à la page 19, qu'il y avait une discordance entre les plaintes subjectives de la patiente et mes constatations cliniques, de même qu'avec les constatations cliniques que m'avait rapportées le Dr F. _____ lors de notre téléphone du 25 janvier 2008. Enfin, j'ai eu l'impression qu'il y avait vraisemblablement chez la patiente une tendance à amplifier les symptômes qui ne trouvent pas d'expression ni clinique ni radiologique.

Ses plaintes sont donc essentiellement subjectives.

Suite à votre demande, j'ai donc repris les documents d'observation que vous m'avez fait parvenir, j'ai revu les photographies, j'ai relu le rapport de surveillance et, surtout, j'ai pris connaissance du DVD que vous m'avez renvoyé.

[...] ce document (réd. le DVD) m'a permis de constater la manière dont marche madame D. _____. Sur toutes les séquences, j'ai constaté que la patiente marche pratiquement sans boiter, sans canne, tirant une petite charrette de commissions, et qu'elle n'apparaît pas gênée pour marcher. Je n'ai constaté qu'une très légère boiterie du membre inférieur droit lorsqu'elle descend une rue en pente.

J'ai constaté également que lorsqu'elle est au marché, elle marche sans aucune gêne apparente, ne se tenant jamais la hanche droite avec sa main, n'a jamais de canne, se penche en avant sans problème pour ramasser des objets par terre, bref, qu'elle n'a l'air aucunement gênée lorsqu'elle marche dans la rue.

Ce document date donc de la période entre fin mars 2007 et début septembre 2007, c'est-à-dire entre 6 et 8 mois avant mon expertise.

Mon impression: une amplification subjective des symptômes de la part de la patiente, telle que décrite dans mon expertise, me paraît confirmée.

Répondant à vos questions, en particulier concernant l'incapacité de travail de la patiente, à la page 21, j'avais relevé que les symptômes sont très subjectifs, et qu'il était difficile de répondre à cette question étant donné que les médecins successifs qui l'ont soignée

avaient déclaré qu'elle ne pouvait plus travailler comme femme de chambre.

J'avais par contre estimé que compte tenu de son handicap on pourrait raisonnablement exiger qu'elle travaille dans une activité adaptée.

Après la vision de ces documents, en particulier de ce DVD, il me paraît que le handicap de la patiente est très nettement moins important que ce qu'elle veut bien dire.

Je répondrai donc de la manière suivante à la question complémentaire que vous me posez:

A quel pourcentage estimez-vous la capacité de travail de madame D. _____ dans son ancienne activité professionnelle de femme de chambre?

Ma réponse est que l'activité de femme de chambre est une activité essentiellement debout, avec nécessité de se pencher en avant pour faire des lits, nettoyer une chambre, etc. Dans ce genre d'activité, il me paraît maintenant que la patiente pourrait travailler comme femme de chambre à 50%. En effet, si dans son travail elle doit monter et descendre souvent des escaliers, la diminution de l'extension dorsale de sa cheville droite, est un facteur rendant la descente des escaliers et des chemins en pente difficile. C'est du reste ce que j'ai constaté sur le DVD lorsqu'elle descendait un chemin en pente. Par contre, si elle peut utiliser des ascenseurs, la question ne se pose plus.

Mon estimation de la capacité de travail de la patiente dans une activité adaptée:

Compte tenu de mes constatations actuelles, il me paraît que dans une activité adaptée, comme je l'ai mentionné à la page 21 de mon expertise, je revois l'estimation de la capacité de travail, car j'estime que dans une activité bien adaptée (ne pas devoir soulever des poids, ne pas devoir se baisser et se relever souvent, avoir une activité assise en majorité, mais avec possibilité de se lever et de se détendre régulièrement à peu près toutes les heures et demie), sa capacité de travail devrait être considérée comme entière."

Par décision sur opposition rendue le 12 janvier 2009, la W. _____ a confirmé son premier prononcé. Elle a notamment considéré ce qui suit:

"b) Mme D. _____ a fait l'objet d'une vérification de son emploi du temps entre fin mars et début septembre 2007. Mme D. _____ a été régulièrement vue le samedi matin, se rendant au marché Place de la [...] à [...]. Le trajet à pied depuis son domicile implique le parcours de 2,6 km, soit une demi-heure de marche environ. Il a pu être constaté que Mme D. _____ se déplaçait sans peine, notamment sans boiterie et sans canne, tirant un chariot à roulette derrière elle. Elle était en mesure de se tenir plusieurs heures

debout. Ces observations sont en contradiction avec les propos tenus par Mme D._____ lors de l'entretien du 7.6.2007. Elle affirmait en effet à cette occasion boiter tout le temps, à chaque pas, à chaque foulée, ne pas pouvoir rester plus de 10-15 minutes à la suite debout.

c) Afin d'examiner l'état de santé de Mme D._____ et son éventuelle capacité à exercer une activité adaptée, une expertise médicale a eu lieu le 25.1.2008 auprès du Dr. A._____. Il ressort de son rapport qu'il y a une discordance entre les plaintes subjectives de la patiente et ses constatations, de même qu'avec les constatations cliniques rapportées par le Dr. F._____, médecin-traitant de Mme D._____. Le Dr. A._____ note une tendance à amplifier des symptômes qui ne trouvent pas d'expression clinique ni radiologique. Compte tenu de son handicap, Mme D._____ est capable d'exercer à 50% une activité adaptée, c'est-à-dire sans soulever de poids, sans se baisser et se relever souvent, ayant une activité assise avec possibilité de se lever toutes les 1h30. Le Dr. A._____ n'ayant pas tenu compte des documents d'observation qui lui avaient été adressés avec la mission d'expertise, nous avons requis dans le cadre de la procédure d'opposition un rapport complémentaire de sa part. Vous en trouverez une copie en annexe. Le Dr. A._____ a pris connaissance des rapports d'observation et fourni son appréciation. Il relève que Mme D._____ marche pratiquement sans boiter, sans canne, tirant une petite charrette de commissions, qu'elle n'apparaît pas gênée. Il constate une légère boiterie du membre inférieur droit lorsqu'elle descend une rue en pente. Il relève également qu'elle peut sans gêne se pencher en avant pour ramasser des objets à terre. Concernant la capacité de travail, le Dr. A._____ estime que dans son activité de femme de chambre, elle pourrait travailler à 50%. Dans une activité adaptée par contre, la capacité de travail est totale.

d) Sur la base de l'ensemble du dossier, c'est une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui doit être retenue. Il convient ainsi de procéder à la comparaison des revenus.

Le revenu de valide correspondant au salaire que Mme D._____ serait en mesure de toucher en 2008 si elle travaillait toujours en tant que femme de chambre auprès de son ancien employeur. Selon les renseignements fournis par ce dernier, le salaire serait de CHF 46'800.--.

Quant au revenu d'invalidé, Mme D._____ ne mettant pas en valeur sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux tables de l'office fédéral de la statistique, soit l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, secteur services, catégorie 4 (activité simple et répétitive), soit CHF 4'019.-- par mois. En partant de 41,7 heures hebdomadaires de travail et d'une augmentation de salaire de 1,2% en 2007 et en 2008, on obtient un revenu annuel de CHF 51'484.--. En tenant compte d'un abattement pour handicap de 10%, cela donne CHF 46'335.--. Il sied de relever que le fait que Mme D._____ n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis l'accident n'entre pas en considération lors de la détermination du revenu d'invalidé.

La comparaison des revenus de valide et d'invalidé ne met en évidence aucune invalidité."

Par lettre du 29 avril 2009, la W._____ a précisé qu'à ce jour, aucun recours n'avait été déposé contre cette décision.

Au reçu du dossier constitué par la W._____, l'OAI a, par décision du 24 juillet 2009, suspendu la rente d'invalidité.

Le 29 septembre 2009, l'OAI a communiqué un projet de décision à l'assurée prévoyant la suppression de la rente d'invalidité au 31 juillet 2009. Il résulte de ce projet notamment ce qui suit:

"Force est d'admettre que vos plaintes sont effectivement discordantes avec la réalité constatée et relatée dans le rapport d'observation. De plus, l'expertise du Dr A._____ est suffisamment complète et détaillée pour nous permettre de suivre l'appréciation formulée quant à la capacité de travail exigible.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les constatations émanant des médecins consultés 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. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant / des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant / des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'expertise du Dr A._____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

• Au vu de ce qui précède, il y a lieu de s'aligner sur la position de la W._____.

• Sans atteinte à la santé, vous auriez pu réaliser un salaire de CHF 46'800.00 en 2008 en tant que femme de chambre auprès de votre ancien employeur. Le revenu avec invalidité s'élève quant à lui à CHF 46'335.00 (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006) en tenant compte d'un abattement de 10%.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:
sans invalidité CHF 46'800.00
avec invalidité CHF 46'335.00

La perte de gain s'élève à CHF 465.00 = un degré d'invalidité de 0.99 %

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint.

En revanche, votre droit à une aide au placement étant ouvert, nous vous accorderons cette prestation sur simple renvoi du formulaire ci-joint, dûment complété."

A la suite de l'opposition de l'assurée, l'OAI a confirmé son projet par décision du 11 janvier 2010. Il a joint à cette décision une lettre datée du même jour dont la teneur est notamment la suivante:

"Dans votre courrier du 5 novembre 2009, vous contestez notre position. Vous alléguiez que différents points n'ont pas été examinés dans le cadre de cette suppression de rente, dont:

1. le fait que l'expert n'a pas eu recours à un interprète durant l'entretien,
2. la mauvaise utilisation de la canne relevée par l'expert,
3. le fait de faire abstraction de la capacité de travail de 50% dans le calcul du préjudice économique,
4. les possibilités de réintégration réelle de l'assurée, notamment de par sa formation scolaire restreinte, du déconditionnement physique ainsi que l'obésité, qui peuvent être une entrave à la réinsertion,
5. la persistance d'une boiterie non retenue,
6. une instruction médicale pas suffisamment complète,

Eu égard à ce qui précède, vous estimez qu'il est nécessaire d'effectuer une nouvelle expertise pour permettre de savoir quelles sont les atteintes objectivables et objectivées à l'état de santé au niveau du membre inférieur droit, de sa hanche et de son dos, ainsi que de permettre de déterminer si celle-ci est atteinte d'un trouble dépressif qui justifierait l'octroi d'une rente d'invalidité.

En réponse à vos objections, nous pouvons répondre point par point comme suit:

1. A aucun moment, votre mandante ou vous-même n'avez fait part d'un manque de connaissance de la langue française, aussi bien à l'expert ni même auprès de la W._____. Nous nous étonnons d'ailleurs que vous n'ayez pas fait valoir cet argument dans votre contestation du 4 décembre 2008.

2. Si l'on veut soulager la jambe en marchant avec une canne, il est indiqué d'utiliser cette dernière du côté non blessé. Le point de gravité du corps se déplace ainsi vers sa partie saine.

3. Concernant la capacité de travail de 50%, nous n'en faisons aucunement abstraction puisque celle-ci est mentionnée au 4^{ème} paragraphe. Toutefois au vu du complément d'expertise du Dr A._____, cette capacité a été réévaluée à 100% (cf. page 4 de

l'expertise du 17.1.2009) après avoir pris connaissance de l'observation menée par le détective.

4. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, l'âge, le manque de qualifications et le défaut de connaissances linguistiques de l'assuré ne constituent pas des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité (ATF 107 V 17, c. 2c, RCC 1982 p. 34).

Il en va de même des particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale, ainsi que des difficultés émotionnelles causées en premier lieu par l'émigration (déracinement et acclimatation) (ATF 127 V 294).

Concernant la question de l'obésité, l'expert mentionne que l'expertisée présente un IMC (indice de masse corporelle) de 31, ce qui correspond au premier degré de l'obésité caractérisée. Indépendamment de savoir si l'obésité était la conséquence ou la cause d'une atteinte à la santé, ce diagnostic ne pouvait être considéré comme ayant un caractère invalidant. Selon la jurisprudence (arrêt I 583/82 du 17 octobre 1983, in RCC 1984 p. 359), celui-ci ne peut être admis que si la capacité de gain de l'assuré est sensiblement réduite en raison de l'obésité (qui doit résulter ou entraîner une atteinte à la santé) et ne peut être améliorée par des mesures raisonnablement exigibles.

En l'espèce, votre mandante ne présente pas une diminution de sa capacité de gain en raison de son obésité. De plus, nous relevons que son médecin traitant ne fait aucunement allusion à ce problème d'obésité dans ses rapports médicaux.

5. Certes dans la première expertise, il est fait mention d'une boiterie. Toutefois, après avoir visionné les quelques jours de surveillance, force est de constater que la boiterie de Mme D. _____ n'est pas aussi marquée, voire même inexistante lorsqu'elle vaque à ses occupations notamment en se rendant au marché de la [...] et en empruntant les routes pavées de [...].

6. Votre remarque concernant les radiographies n'est pas pertinente, puisqu'en page 2 de l'expertise du 11.3.2008, le Dr A. _____ précise que l'assurée n'était en possession d'aucune radiographie, car selon elle, le [...] à [...] détruit les clichés après 10 ans et qu'aucune radiographie de contrôle n'a été faite jusqu'à présent. Pour compléter son rapport d'expertise, le Dr A. _____ a pris la liberté de faire faire des radiographies de contrôle du rachis dorsal et lombaire, du bassin, du genou droit et de la cheville droite. Celles-ci ont été effectuées le 25 janvier 2008 à la Clinique Générale de [...] à [...].

Dès lors, il apparaît qu'une capacité de travail de 50% est raisonnablement exigible de sa part dans son ancienne activité de femme de chambre. Celle-ci est de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (ne pas devoir soulever des poids, ne pas devoir se baisser et se relever souvent, avoir une activité assise en majorité, mais avec une possibilité de se lever et de se détendre régulièrement, à peu près toutes les 1h30)."

B. Par acte du 17 février 2010, D._____ a recouru contre cette décision en concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée. Elle a requis une expertise. Elle soutient en substance que la décision entreprise ne prend pas en compte l'ensemble des éléments objectifs permettant de déterminer son invalidité réelle, soit notamment l'existence d'un déconditionnement physique allant en s'accroissant au regard de la prise pondérale, et de son obésité caractérisée. Elle ajoute que ses indications concernant une décompensation psychique n'ont pas été prises en compte. Elle mentionne également que l'expert précise ne pas tenir compte des possibilités de réintégration réelle de la recourante en fonction notamment de sa formation scolaire très restreinte qui rend une réinsertion professionnelle difficile. Elle en déduit que l'OAI n'a pas tenu compte de l'ensemble de ces éléments pouvant avoir une influence sur la capacité de gain, raison pour laquelle la décision doit être annulée. S'agissant de l'expertise, elle estime que celle effectuée par le Dr A._____ n'est ni claire ni précise et qu'il existe une contradiction entre les conclusions de l'expertise et son complément, que l'ensemble des éléments retenus par l'expert notamment l'existence d'une boiterie persistante et d'une obésité ne sont pas appréciées au stade de la discussion et de l'appréciation de la capacité de travail. Elle conteste en outre devoir tenir sa canne de la main gauche dès lors qu'elle est atteinte au membre inférieur droit. Elle en conclut que l'expertise et son complément ne répondent pas aux critères posés par la jurisprudence.

Dans sa réponse du 8 avril 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Il relève que le rapport du Dr A._____ est exempt de contradictions et dûment motivé.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

c) A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une suppression de la rente d'invalidité à partir du 31 juillet 2009.

2. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un des assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être

considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. Peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA U 298/2003 du 30 décembre 2004; ATF 126 V 293 consid. 2d; VSI 2004 p. 185 consid. 3; RAMA 2001 no U 410 p. 73 ss. consid. 3, 2000 no U 406 p. 402 ss. consid.3). Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité en assurances sociales en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas force de chose contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288, et que l'assurance-invalidité n'est dès lors pas liée de manière absolue par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de la jurisprudence précitée (cf. ATF 133 V 549 consid. 6; voir également TF 9C_343/2007 du 4 février 2008).

3. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée 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 cas échéant – en cas d’indices d’une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l’époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

En l’espèce, une rente entière a été allouée à la recourante par décision du 18 juin 1991. Depuis lors, il y a eu différentes procédures de révision n’ayant donné lieu qu’à des communications. Il y a dès lors lieu d’examiner si l’état de santé de la recourante s’est modifié depuis la décision rendue le 18 juin 1991 de manière à modifier son droit à la rente.

4. 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 s’il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

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 256 consid. 4; TF

9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). 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 et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

5. 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 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 la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, 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 citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

6. a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, se référant à son opposition, la recourante soutient que le rapport d'expertise ne prend pas en compte le fait que, en relation avec ses plaintes, elle pourrait présenter un état dépressif justifiant également l'octroi d'une rente d'invalidité, celle-ci devant prendre une médication importante, soit en particulier des anti-douleurs, des anti-dépresseurs et des somnifères.

Il n'y a aucun rapport médical au dossier émanant de spécialistes indiquant que la recourante souffrirait d'un problème psychique. L'expert A._____ mentionne d'ailleurs s'être entretenu avec le médecin traitant de la recourante, le Dr F._____, qui lui a mentionné prescrire du Panadol à la recourante.

Il n'est dès lors pas établi que la recourante souffre d'une affection sur le plan psychique.

b) Sur le plan somatique, l'expert diagnostique un status après luxation postérieure de la hanche droite, un status après fracture de Maisonneuve au membre inférieur droit, une fracture non diagnostiquée au début de la malléole interne droite, des fractures de côtes multiples et un status après algoneurodystrophie du membre inférieur droit. Ces diagnostics sont les mêmes que ceux posés par les autres médecins. L'expert a en outre expliqué que le syndrome d'étirement du nerf

sciatique a été évoqué par le Dr P._____, mais qu'il n'y a aucun document électroneuromyographique prouvant cette neuropathie du sciatique.

Sur le plan objectif, l'expert n'a pas constaté de trouble neurologique particulier au membre inférieur droit, sauf peut-être encore une légère insuffisance des moyens fessiers droits, pas de contracture importante de la région lombaire en position debout, ni de pathologie importante au niveau du rachis lombaire. Sur toutes les radiographies qu'il a fait faire, il n'y a aucune image évoquant une fracture de vertèbre. En outre, il n'y a pas de séquelle ostéo-articulaire au niveau de la hanche droite. Le genou a une fonction physiologique et la cheville droite présente un léger défaut de 10° pour l'extension dorsale alors que la flexion plantaire est symétrique par rapport à gauche. L'expert observe dès lors une discordance entre les plaintes subjectives de la recourante et ses constatations cliniques et radiologiques. Tenant compte des plaintes de la recourante, il a estimé sa capacité de travail nulle dans son activité de femme de chambre et de 50 % dans une activité adaptée. Il a en outre ajouté que compte tenu du temps pendant lequel la recourante n'avait pas travaillé, il lui paraissait difficilement envisageable qu'elle puisse travailler à nouveau. Il a en outre précisé dans son premier rapport qu'il n'avait pas tenu compte du rapport du détective privé parce qu'il ne s'agissait pas d'un document médical.

Dans son complément d'expertise, où il a alors tenu compte de l'enquête du détective, il a constaté en visionnant notamment le DVD que la recourante marchait pratiquement sans boiter et sans canne, tirant une petite charrette de commissions laquelle n'apparaissait pas la gêner pour marcher. Il n'a constaté qu'une très légère boiterie du membre inférieur droit lorsqu'elle descendait une rue en pente. Il a également constaté que lorsqu'elle était au marché, la recourante marchait sans aucune gêne apparente ne se tenant jamais la hanche droite avec sa main, n'ayant jamais de canne, se penchant en avant sans problème pour ramasser des objets par terre. La recourante n'éprouvait donc pas la gêne telle que montrée à l'expert lorsqu'elle s'est présentée devant lui le 25 janvier 2008

marchant alors en boitant du membre inférieur droit, tenant sa main sur sa crête iliaque droite et avec le genou droit raide.

Compte tenu de ces nouveaux éléments, lesquels confirment la première appréciation de l'expert concernant la discrédance entre les plaintes de la recourante et les éléments objectifs constatés, celui-ci relève que le handicap de la patiente est très nettement moins important que ce qu'elle voulait bien dire. Il estime dès lors que la capacité de travail dans l'activité de femme de chambre, est de 50 %. Dans une activité adaptée, il lui paraît, compte tenu de ses constatations actuelles, que la capacité de travail de la recourante doit être considérée comme entière.

La modification des conclusions de l'expert est ainsi due à sa prise en compte, dans son complément d'expertise, de la documentation du détective. Il n'y a ainsi pas de contradiction entre l'expertise et son complément, contrairement à ce que soutient la recourante. En outre, dans son appréciation de la capacité de travail, l'expert s'est fondé sur des éléments objectifs, comme il a fonction de le faire, sans prendre en compte des éléments d'ordre social, telle la difficulté pour la recourante de retravailler après une longue période d'inactivité ou sa formation scolaire restreinte, circonstances qui ne relèvent pas de l'Al.

Quant à l'obésité de la recourante, l'expert l'a constatée en page 12 de l'expertise retenant une obésité de premier degré. Or l'obésité constatée, en tant que telle, n'est pas prise en compte par l'Al. Enfin, l'expert, spécialiste en orthopédie, a expliqué les motifs pour lesquels la canne doit être tenue de la main gauche et non pas de la main droite.

En définitive, l'expertise relate les plaintes de la recourante et comprend une anamnèse. Elle procède d'une étude approfondie du cas de la recourante. Elle ne comporte pas de contradictions et ses conclusions sont claires et bien motivées. Elle n'est mise en doute par aucun rapport médical émanant d'un spécialiste. Elle répond ainsi aux réquisits de la jurisprudence et a donc valeur probante (cf. consid. 5 supra).

Force est dès lors d'admettre que l'état de santé de la recourante s'est nettement amélioré et que sa capacité de travail dans une activité adaptée est complète.

7. Quant au calcul du taux d'invalidité tel qu'effectué par l'intimé, il n'est pas critiqué par la recourante. Vérifié d'office, le calcul de celui-ci auquel l'office intimé a procédé ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmé.

Il y a dès lors lieu de retenir un taux d'invalidité de 0,99 %, lequel n'ouvre pas le droit à la rente.

8. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD). Un émolument judiciaire de 400 fr. est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; 49 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Raphaël Tatti (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :