COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mars 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Jomini et Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

*****

Cause pendante entre :

C._____, à Cully, recourante, représentée par Me François Pidoux, avocat à Vevey,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1955, en Suisse depuis 1989, a travaillé en qualité de femme de chambre à plein temps auprès de l'hôtel de l'A._____ à [...] jusqu'en juin 2000. Elle a subi une intervention le 21 juin 2000 à l'hôpital de N._____ comprenant une hystérectomie abdominale totale, une annexectomie bilatérale, une biopsie de l'épiploon ainsi qu'une exérèse des ganglions obturateurs et iliaques externes droits en raison d'un adénosarcome de l'endomètre. Elle a séjourné du 20 au 29 juin 2000 dans le service de chirurgie.

Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 21 mai 2001, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Il s'est prononcé en faveur d'une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée, l'annonce d'une maladie grave ayant déclenché les troubles psychiques.

Le 29 octobre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Elle a précisé quant au genre de l'atteinte: «affection gynécologique à la base».

Dans un rapport médical du 8 novembre 2001, le Dr L._____, médecin traitant, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif sévère avec syndrome somatoforme douloureux persistant (depuis mai 2000) ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après thyréotoxicose et épanchement péricardique avec tamponnade nécessitant une intervention chirurgicale (1992), de status après hystérectomie pour adénosarcome endomètre (2000) et de status après iléus sur bride (juin 2001). Ce médecin évaluait une incapacité de travail de 100% dès le 23 octobre 2000.

Selon un rapport d'examen SMR du 2 juillet 2002, la Dresse E._____ a résumé en ces termes le cas de l'assurée:

> "[…]
> Malgré un traitement par anti-dépresseurs, [elle] présente un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, dont l'expression est des troubles somatiques divers: fatigue, douleurs diffuses, troubles digestifs,… (posant également le diagnostic de trouble douloureux somatoforme avec comorbidité psychiatrique). Les deux opérations de 92 et 2000 ont instauré une angoisse importante chez cette assurée qui ne peut s'exprimer que sur un mode somatique.
>
> L'incapacité de travail totale est médicalement justifiée et de durée indéterminée. Au vu de la courte évolution actuelle, une révision dans 2 ans paraît nécessaire.
>
> L'assurée était en IT [incapacité de travail] depuis juin 2000, d'abord pour ses problèmes gynécologiques, puis l'état dépressif qui a suivi."

Par décision du 28 octobre 2002, faisant suite à un projet d'acceptation de rente du 8 juillet 2002, l'assurée s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1er juin 2001. En substance, l'OAI a relevé qu'après examen du dossier et suite à l'analyse médicale de la situation, il constatait que l'assurée présentait une incapacité de travail de longue durée depuis le 17 juin 2000.

B. Le 11 juillet 2005, l'OAI a ouvert d'office une procédure de révision du droit à la rente AI de l'assurée.

Dans un rapport médical du 30 août 2005, le Dr L._____ a posé les diagnostics invalidants d'état dépressif avec troubles somatoformes douloureux et de douleurs abdominales persistantes. S'agissant des autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin traitant renvoyait à son rapport du 8 novembre 2001. Il qualifiait l'état de santé de sa patiente de stationnaire et était d'avis que l'incapacité de travail était toujours de 100%.

Selon un avis médical SMR du 13 décembre 2005, le Dr X._____ a relevé que le médecin traitant n'évoquait plus d'état dépressif

sévère et que voyant sa patiente une fois par mois, il lui avait prescrit un analgésique et un somnifère. Sur cette base, l'état de santé de l'assurée semblait s'être amélioré de sorte qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail exigible. Il ne persistait en effet que le syndrome somatoforme douloureux sans caractère invalidant. Au terme d'un second avis médical SMR du 7 mars 2006, la Dresse X._____ s'est prononcé comme il suit s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée:

> "Pour répondre à vos questions, basé sur le seul rapport médical du Dr L._____:
>
> Amélioration dès 2002 (respectivement date de la révision)
>
> CT [capacité de travail] exigible comme femme de chambre: moins que 10%
>
> CT exigible dans une activité adaptée: 3-3 1/2 heures assis-debout-marche (500 mètres) par jour
>
> LF [limitations fonctionnelles] activité debout, à genoux, accroupie, port de charges, mouvements répétés du dos, en hauteur. L'utilisation des deux bras à hauteur de table est exigible."

Dans un avis médical SMR du 27 avril 2006, le Dr G._____ a estimé ne pas être suffisamment renseigné sur l'état de santé actuel de l'assurée, la persistance de l'état dépressif n'étant pas claire et les plaintes somatiques n'étant pas connues avec précision. Une évaluation pluridisciplinaire à confier au COMAI de la clinique J._____ à [...] était nécessaire.

Dans un rapport d'expertise interdisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) du 10 janvier 2007, ainsi que sur la base de consiliums de psychiatrie et de rhumatologie du 12 juillet 2006 en faisant partie intégrante, les Dresses K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et H._____, spécialiste en rhumatologie, ont notamment constaté ce qui suit:

> "4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)
> 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.
> Il n'y a aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, ni au plan somatique ni au plan psychiatrique.
>
> Code diagnostique CIM-10
> Nihil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?
Code diagnostique CIM-10
— F45.1: Trouble somatoforme indifférencié.
— M79.0: Fibromyalgie, sans doute apparue dans le courant de l'année 2000 suite à l'hystérectomie subie à cette époque.
— Hyperthyroïdie traitée par Euthyrox® (lévothyroxine).
— Status post hystérectomie et annexectomie bilatérale pour adénosarcome en 2000.
— Status post cholécystectomie en 2006.
— Status post laparotomie exploratrice pour iléus en 2001.
— Status après thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit en 2000.

5. Appréciation du cas et pronostic
[…]
En conclusion de ce consilium, il apparaît que Madame C._____ souffre d'un trouble somatoforme indifférencié et d'une fibromyalgie dont elle remplit l'ensemble des critères. Ni l'examen somatique ni l'examen psychiatrique n'ont permis de mettre en évidence des pathologies ou des maladies susceptibles de représenter un handicap ou de limiter objectivement et de façon significative les activités de l'expertisée tant sur le plan personnel que professionnel. Les signes de dépression qui ont été précédemment décrits par ses médecins traitants et dans l'expertise du 21 mai 2001 rédigée par le Docteur Q._____ ne sont actuellement plus présents. Par ailleurs, au plan strictement somatique, aucune récidive de l'adénosarcome de l'endomètre opéré en juin 2000 n'est à déplorer.

Toutefois, même si la capacité de travail de l'expertisée est pratiquement entière, on peut s'attendre, vu les traits de personnalité pathologique constatés et les bénéfices secondaires découlant du trouble somatoforme, à une faible motivation de l'intéressée dans la perspective de la reprise d'une activité professionnelle.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés
Tant au plan somatique que psychiatrique, il n'y a actuellement aucune limitation qualitative ou quantitative en relation avec les troubles présentés par Madame C._____.
Son ancienne profession (femme de chambre) est donc toujours exigible.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici
Il n'y a pas d'incapacité de travail dans l'ancien emploi de femme de chambre, ni au plan somatique ni au plan psychiatrique.

3. En raison de ses troubles, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?
Il n'y a pas de limitation dans ce domaine, cependant on peut s'attendre à une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20% en raison de la fatigue inhérente au syndrome fibromyalgique. On peut

également s’attendre à ce que Madame C._____ développe une faible motivation pour reprendre une activité professionnelle.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte du rythme de travail; du tissu social et des ressources existantes.
Des mesures de réadaptation professionnelle sont théoriquement envisageables. Néanmoins, vu l’absence de limitation médicale réelle dans l’exercice de l’ancienne profession de Madame C._____, de telles mesures ne paraissent pas indispensables.

Cependant, en raison de la personnalité de l’expertisée, de l’hypothèse réaliste qu’elle présentera une motivation limitée et du déconditionnement consécutif à plusieurs années d’activité fort limitée, les experts pensent qu’il serait judicieux d’observer une période d’activité à temps partiel (sur 4 à 6 mois) avant d’envisager une reprise à 100%. Les experts suggèrent que l’expertisée suive un traitement de physiothérapie afin de lui apprendre la proprioception du rachis ainsi que des exercices pour améliorer sa musculature para vertébrale et abdominale. Il appartiendra à son médecin traitant de la convaincre de la valeur thérapeutique de l’activité physique reconnue dans la littérature médicale pour améliorer ses symptômes algiques.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?
2.1 Si oui, par quelles mesures?
Outre les mesures déjà proposées, la prescription d’un antidépresseur pourrait également contribuer à améliorer les symptômes douloureux ainsi que le sommeil et la fatigue.
2.2 Capacité de travail dans un emploi adapté?
Sans objet, voir § B.3 et C.1

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?
Des activités dont la pénibilité est comparable à celle de la profession de femme de chambre sont parfaitement envisageables.

D. Remarques et/ou autres questions?

Sur la base de l’examen des différents documents médicaux mis à disposition des experts, il apparaît que l’état de santé de Madame C._____ s’est régulièrement amélioré depuis 2001. Elle ne présente plus actuellement d’atteinte somatique ou psychiatrique susceptible de justifier une incapacité de travail dans la profession de femme de chambre. Etant donné que l’expertisée a stoppé toute activité professionnelle depuis avril 2000 et que depuis cette époque, elle se trouve constamment assistée par sa famille proche dans les tâches quotidiennes, il conviendra de planifier une reprise progressive de l’activité professionnelle et de l’accompagner par des mesures médicales (physiothérapie et éventuellement traitement antidépresseur).

Dans un avis médical SMR du 27 février 2007, le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, a conclu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité antérieure, aucune atteinte à la santé à caractère invalidant n'ayant été retenue actuellement sur le plan psychiatrique ou somatique, l'épisode dépressif sévère qui avait ouvert le droit à la rente étant par ailleurs décrit comme inexistant.

Par projet de décision du 26 juin 2007, l'OAI a préavisé pour la suppression de la rente de l'assurée en se fondant sur les constatations médicales de l'expertise COMAI et en retenant que l'activité antérieure de femme de chambre était adaptée à son état de santé. Après comparaison des revenus, il n'y avait donc aucune diminution de la capacité de gain (0% d'invalidité).

A teneur d'un rapport médical du 6 juillet 2007 adressé à l'OAI, le Dr L._____ a fait part de son désaccord quant à l'amélioration nette depuis 2001 évoquée par les experts. Il a souligné que l'expertise en question consistait uniquement en une évaluation ponctuelle, qui était selon lui forcément imprécise.

Le 16 juillet 2007, l'assurée a fait part de ses observations sur le projet de décision précité. Elle contestait bénéficier d'une quelconque capacité de travail en relevant que le projet de suppression de la rente se basait sur des éléments vieux de plus d'une année.

Dans un avis médical SMR du 2 août 2007, le Dr M._____ a expliqué que les éléments avancés par l'assurée n'étaient pas susceptibles de faire changer sa position, à savoir la reconnaissance de l'existence d'une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure.

Par décision du 8 août 2007, confirmant l'intégralité de son projet du 26 juin 2007, l'OAI a décidé de la suppression de la rente dès le 1er octobre 2007. Cette décision est entrée en force.

C. Le 11 février 2009, le Dr L._____ a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations, confirmée par l'assurée en date du 10 mars 2009, faisant état d'une aggravation de l'état de santé.

A teneur d'un rapport médical du 10 mars 2009, auquel étaient joints divers documents médicaux, le Dr L._____ a posé les diagnostics de poly-arthralgies chroniques persistantes à prédominance lombaire, de troubles statiques plantaires, d'état anxiodépressif et de polype angiomateux sessile récidivant de la corde vocale droite. Il indiquait que le problème dominant était celui d'un syndrome poly-algique ayant abouti à un déconditionnement extrêmement important aggravant les douleurs ainsi que l'état anxiodépressif. Les traitements physique et psychique entrepris avaient été peu fructueux. L'aggravation de la situation antérieure (en particulier sur le plan psychique, entraînant une exacerbation du syndrome douloureux) compromettait la capacité de travail résiduelle qui semblait réduite à zéro. Selon un CT-scan lombaire effectué le 17 décembre 2008, l'assurée présentait une radiculopathie L5 gauche irritative non déficitaire sur une petite hernie discale postéro-latérale L4-L5 gauche ainsi qu'une arthrose interfacettaire étagée. Cette dernière constatation ressortait du rapport médical du 30 janvier 2009 adressé au Dr L._____ par le Dr T._____, spécialiste en neurologie.

Dans un rapport médical du 1er juillet 2009 à l'OAI, la Dresse P._____, psychiatre et psychothérapeute, suivant l'assurée depuis mars 2009, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) existant depuis 2002, et d'antécédents personnels de tumeur maligne et certaines autres maladies (Z85 et 86) existant depuis 1992 et 2001. De l'avis de cette médecin, le pronostic était mauvais dès lors qu'il était très peu probable que l'assurée se trouve en mesure de se dégager de ses plaintes somatiques et puisse entamer un travail psychothérapeutique. La capacité de travail résiduelle était jugée nulle à compter du 6 mars 2009 dans l'activité de femme de chambre, avec la précision que l'assurée était dans l'incapacité de commencer une activité professionnelle.

Selon un avis médical SMR du 21 juillet 2009, les Drs Z._____ et B._____ ont retenu qu'il convenait de procéder à un examen rhumatologique.

Suite à un examen médical pratiqué le 24 août 2009, dans un rapport d'examen clinique rhumatologique du 9 septembre 2009 au SMR, le Dr W._____, spécialiste en rhumatologie, s'est notamment prononcé comme il suit sur l'état de santé de l'assurée:

> "Diagnostics
>
> - avec répercussion sur la capacité de travail
> • Lombosciatalgies G, non-irritatives, non-déficitaires, dans un contexte de hernie discale para-médiane G en L4-L5, protrusion discale en L5-S1 et troubles dégénératifs postérieurs. M54.4
>
> - sans répercussion sur la capacité de travail
> • Fibromyalgie.
> • Pré-obésité.
> • Status post-hystérectomie et annexectomie bilatérale pour adénosarcome de l'endomètre.
>
> Appréciation du cas
> Durant l'entretien, Madame C._____ se dit incapable de reprendre une activité de femme de chambre, elle annonce des problèmes multiples, tout d'abord quatre opérations, puis des douleurs diffuses, finalement l'assurée dit avoir eu un blocage lombaire en décembre 2008. Depuis lors, l'assurée garde une douleur au membre inférieur G, non systématisable; si elle irradie, comme l'a mentionné le Dr T._____, tout d'abord sous forme d'une radiculalgie L5, l'irradiation dans les trois derniers orteils, évoque une irritation S1. Les symptômes revêtent une allure mixte, l'assurée est réveillée 2 à 3 x [par] semaine, non seulement en raison de ses douleurs du dos, mais également en raison des douleurs des mains, des jambes; le dérouillage matinal n'est pas quantifiable. L'assurée annonce une diminution de la sensibilité de la face externe de la jambe G depuis décembre 2008, le dermatome correspond au territoire L5. Elle a par intermittence depuis 1 ½ an ses sous-vêtements souillés par des selles, il n'y a pas d'incontinence urinaire.
> L'assurée décrit en plus des douleurs ubiquitaires des quatre membres, [qu'] elle n'a jamais eu de ponctions articulaires.
>
> Madame C._____ se dit très limitée dans ses possibilités, pour la conduite du ménage, elle ne fait que la poussière et les repas. Elle ne peut pas porter plus de 1 à 2 kg, elle ne peut pas rester assise, à ses dires, plus de 30 minutes et marcher au-delà de 30 minutes.
>
> Elle n'a pas de suivi rhumatologique, elle a été vue 1x par le Dr S._____.

Sur le plan thyroïdien, l'assurée dit que les contrôles sanguins sont stables sous substitution d'Euthyrox®.
L'assurée prend un traitement antalgique comportant cinq médicaments, mais avec pour chacun d'entre eux des posologies faibles à modérées.

A l'examen clinique, comme mentionné par le Dr S._____, l'assurée présente un comportement algique marqué, avec des discordances quant aux postures adoptées. Par exemple, la vitesse des transferts assis-debout fluctue, l'attitude du tronc fluctue, l'assurée est capable de se tenir droite lorsqu'elle se déshabille, lorsqu'elle marche, elle se tient en flexion antérieure du tronc; la boiterie à la marche fluctue également, initialement l'assurée marche avec la jambe G raide. Le comportement algique devient très marqué lorsque l'assurée fait ses transferts couchés-assis ou lorsque l'on mobilise non seulement son rachis, mais également ses membres supérieurs, ses hanches, son genou G.

L'examen de médecine interne montre une assurée avec un bon état général, une pré-obésité à la limite supérieure. La thyroïde n'est pas agrandie à la palpation. L'abdomen est diffusément sensible, sans abdomen aigu, le foie n'est pas agrandi.

L'examen neurologique des membres supérieurs exclut une atteinte radiculaire ou une atteinte du nerf médian. L'examen neurologique des membres inférieurs montre une hypoesthésie non systématisable du côté G, des réflexes faibles symétriquement, sans troubles moteurs. Il n'y a pas de sciatalgie ou de cruralgies irritatives.

L'examen articulaire périphérique est surtout parlant pour une augmentation de la sensibilité à la palpation des tissus mous avec 16 points de Smythe positifs sur 18. Ceci avait déjà été mis en évidence par la Dr H._____ lors de l'expertise de 2006. Au niveau des pieds, l'assurée n'a pas de troubles statiques conséquents; le Dr S._____ décrivait une douleur de l'arrière-pied, cette fois-ci il s'agit d'une douleur de l'avant-pied, fluctuante, par exemple l'assurée est capable de s'accroupir en se mettant sur la pointe des pieds avec seulement des douleurs au niveau lombaire; lors de la marche sur la pointe des pieds, elle est gênée par une douleur partant de la fesse et allant dans la cuisse, mais pas par la douleur de l'avant-pied. Le pied G est diffusément douloureux tant au niveau du tarse que du métatarse, il n'y a pas de signes de surcharge au niveau de l'avant-pied ni de signes inflammatoires.

La mobilité spontanée au niveau cervical est conservée, contrastant avec une mobilité restreinte et douloureuse dans toutes les directions lors de l'examen; il n'y a pas de contractures musculaires à la palpation, la palpation est douloureuse de façon diffuse et bilatérale. Nous ne retenons de ce fait pas de syndrome rachidien cervical.

Au niveau lombaire, la mobilité est modérément restreinte tant en flexion qu'en extension ou en inflexion latérale, douloureuse dans toutes les directions, l'indice de Schober est nettement meilleur à l'examen de ce jour que lors des examens précédents, avec + 3 cm sur les 4-5 cm attendus. L'assurée est inconfortable en décubitus

ventral, il existe une tension musculaire marquée ddc, l'assurée ressent des douleurs multi-étagées de L2 jusqu'au sacrum prédominant sur les deux derniers étages. Le score de Waddell est positif pour des signes de non-organicité.

L'assurée vient avec comme seul document radiologique, son ct-lombaire, de décembre 2008, sur lequel on peut voir des légers pincements disco-étagés et surtout une petite hernie discale para-médiane G en L4-L5, venant potentiellement en conflit avec la racine L4. Nous avons vu qu'il n'y a pas de déficit neurologique concernant cette racine. Il existe des troubles dégénératifs postérieurs sur les deux derniers étages. La corrélation entre la hernie visible et les plaintes de l'assurée est partielle, la discopathie peut agir comme une épine irritative, mais n'explique pas l'étendue des douleurs décrites par l'assurée ni les importantes limitations annoncées. Cette hernie n'explique pas non plus les troubles sensitifs ressentis par l'assurée ni le trajet radiculaire non systématisable annoncé.

Les limitations fonctionnelles
Rachis lombaire: pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux du tronc, pas de port de charges au-delà de 9 kg, pas d'attitude statique debout prolongée au-delà de 30 minutes, assis au-delà d'une heure.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?
Nous retenons une incapacité de travail complète dans l'activité de femme de chambre, en relation avec la hernie discale lombaire, depuis le 01.07.2008, date de la consultation du Dr S._____. A cette consultation, le Dr S._____ retient un syndrome lombo-vertébral statique et dynamique. Les investigations ultérieures montrent la présence d'une hernie discale L4-L5 pouvant expliquer une partie de la symptomatologie. La consultation du Dr T._____ de janvier 2009 confirme une certaine corrélation entre la discopathie et les plaintes de l'assurée. Depuis juillet 2008, l'activité habituelle modérément contraignante n'est pas adaptée à l'état de santé de l'assurée. Ceci ne tient pas compte de la symptomatologie de fond, de type fibromyalgique, qui ne justifie pas de limitations fonctionnelles d'ordre somatique.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?
Il est resté stationnaire avec une incapacité totale dans l'activité de femme de chambre.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques.

A 6 mois de l'épisode aigu, c'est à dire à partir de février 2009 nous retenons une exigibilité de 70%, ou l'équivalent de 2 x 3 heures par jour dans une activité adaptée. Comme mentionné plus haut la discopathie L4-5 n'explique qu'en partie les difficultés rencontrées par l'assurée; d'autres facteurs étrangers sont impliqués, tels que le comportement de type maladie, la durée d'incapacité de travail, la faible motivation, ces facteurs ne peuvent pas être reconnus comme incapacitants. Les chances de succès de mesures d'ordre professionnel sont faibles.

> Sur le plan psychiatrique, le rapport médical du Dr P._____ ne montre pas de récidive d'un état dépressif.
>
> Capacité de travail exigible
> Dans l'activité habituelle de femme de chambre: 0%
> Dans une activité adaptée: 70 % Depuis: février 2009
> A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation."

Dans un avis médical du 23 septembre 2009, le Dr Z._____ du SMR a fait siennes les constatations et conclusions de l'examen clinique rhumatologique SMR du 24 août 2009 en précisant que la capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle de femme de ménage l'était depuis juillet 2008.

Selon un rapport d'évaluation établi le 12 novembre 2009 à la suite d'un entretien du même jour, un des collaborateurs de l'OAI a relevé en particulier que «[*l'assurée*] *me dit clairement que nous pouvons faire ce que nous voulons, lui donner une rente ou pas mais elle reste à la maison car elle ne peut plus travailler*». L'assurée a par ailleurs confirmé qu'elle ne pouvait pas travailler et qu'elle n'était pas en mesure de participer aux mesures d'ordre professionnel de l'AI.

Dans un projet de décision du 25 novembre 2009, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité de 22% de l'assurée ne lui ouvrait pas le droit à la rente. S'agissant des mesures professionnelles, le droit était ouvert mais l'intéressée y avait renoncé. Sous l'angle médical, l'administration s'est notamment fondée sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 9 septembre 2009 constatant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de femme de chambre à compter de juillet 2008 ainsi qu'une capacité de travail exigible de 70% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux du tronc, pas de port de charges au-delà de 9 kg, pas d'attitude statique debout prolongée au-delà de 30 minutes, assis au-delà d'une heure) à partir de février 2009. Constatant que l'assurée n'avait pas repris d'activité professionnelle, l'OAI a évalué sa perte de gain en comparant le revenu qui aurait été le sien si elle avait poursuivi son activité habituelle, soit un revenu annuel pour 2009 de 44'341 fr., et celui réalisable après l'atteinte à

la santé. Sur la base de la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), le salaire de référence en 2008 s'élevait à 4'116 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise. En tenant compte de la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises en 2008, ce montant devait être porté à 4'280 fr. 64, correspondant à un salaire annuel de 51'367 fr. 68. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009, le revenu annuel s'établissait à 52'189 fr. 56. Attendu que seul l'exercice d'une activité légère de substitution à 70% était exigible, le salaire hypothétique était dès lors de 36'532 fr. 69 par an. En retenant un abattement de 5% en raison des limitations fonctionnelles, le revenu annuel d'invalide s'élevait en définitive à 34'706 francs. Après comparaison des revenus sans invalidité (44'341 fr.) et avec invalidité (34'706 fr.), il en résultait une perte de gain s'élevant à 9'634 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 21,7% ([9'634 fr. / 44'341 fr.] x 100), arrondi à 22%.

Par décision du 22 janvier 2010, l'OAI a confirmé l'intégralité de son projet de décision du 25 novembre 2009.

D. Par acte du 24 février 2010, C._____, représentée par Me François Pidoux, a recouru contre la décision précitée. Elle conclut à ce que l'OAI lui reconnaisse une incapacité de travail complète ainsi que le droit aux prestations et rentes qui en découlent, ce dès l'année 2000. En substance, elle fait valoir que l'OAI n'a pas correctement apprécié et délimité la problématique de son état physique et mental, que la décision repose sur des bases incomplètes, et que l'intimé avait procédé à une autre approche du cas puisqu'une invalidité lui avait été reconnue en 2000. Elle en déduit qu'il paraît surprenant que l'office intimé lui nie le droit à la rente, alors qu'elle soutient que son état est, au mieux, resté stationnaire. Elle produit en annexe à son recours un rapport médical ainsi qu'un courrier du 10 février 2010 de son médecin traitant, le Dr L._____, dont il ressort qu'elle souffre notamment d'un trouble somatoforme douloureux résultant d'une focalisation somatique d'une surcharge psychique trop importante. La suppression de la rente en 2007 aurait

aggravé la situation psychosomatique (exacerbation des plaintes). Les différents traitements mis en œuvre (suivi psychiatrique, prise de médicaments et physiothérapie) l'ont été sans succès. De l'avis du Dr L._____, l'incapacité de travail de sa patiente est totale.

Dans sa réponse du 14 juin 2010, l'office intimé conclut au rejet du recours. Il précise que les pièces produites par la recourante n'apportent aucun élément objectif nouveau dont il n'aurait pas été tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail.

Par réplique du 10 septembre 2010, la recourante insiste sur le caractère erroné de la décision dont est recours, en faisant valoir qu'en 2007, son état de santé n'avait pas connu d'amélioration. Elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de nature à synthétiser l'interaction de ses différents maux ou symptômes en termes d'invalidité.

Dans sa duplique du 21 octobre 2010, l'OAI confirme l'intégralité des conclusions de sa réponse.

Le 29 octobre 2010, la recourante a produit un certificat médical établi le 26 octobre 2010 par le Dr R._____, spécialiste en neurologie, dont il ressort notamment ce qui suit:

> "Il s'agit de lombosciatalgies G, chroniques; associées à des paresthésies fugaces de la jambe G; évoluant depuis 2 ans et demi environ sur une hernie discale postéro-latérale G en L4-L5 avec calcification du nucleus pulposus. De plus, protrusion discale en L5-S1 (CT-Scan lombaire du 17.08.10). Résistantes au traitement conservateur classique. Pas de trouble sphinctérien. De plus, syndrome cervical chronique, associé à des cervico-brachialgies. Propagation occasionnelle des douleurs dans l'occiput. Menaces de vertiges positionnels. Elle [la recourante] souffre, en outre, de spasmes abdominaux, nécessitant la prescription de Spasmocanulase [...]. Examen complémentaire: CT-Scan cervical du 18.10.10 – CIR: cervicodiscarthrose sévère C5-C6 associée à une sténose foraminale d'origine uncarthrosique prédominant en C5-C6 G. Canal cervical rétréci, segmentaire, sans notion d'une compression médullaire. [...] Allergie au Mydocalm 150 et surtout à la corticothérapie inj. Dans cette situation, une infiltration périradiculaire lombaire, de même que des blocs facettaires sont impossibles à envisager. Une sanction chirurgicale au niveau

> lombaire n'est pas indiquée. La capacité de travail de cette patiente est actuellement nulle. [...]"

Dans ses déterminations du 18 novembre 2010, se référant au certificat médical produit, la recourante réitère sa requête d'expertise pluridisciplinaire.

Le 6 décembre 2010, l'office intimé confirme l'intégralité de ses conclusions. Il produit un avis médical SMR des Drs Z._____ et B._____ du 26 novembre 2010 auquel il se rallie. Ces médecins sont d'avis que les pièces médicales versées au dossier dans la procédure de recours n'attestent ni de faits nouveaux ni d'aggravations et confirment donc l'incapacité de travail dans l'activité de femme de chambre depuis juillet 2008 telle que retenue lors de l'examen médical rhumatologique SMR du 24 août 2009. Constatant qu'aucun fait nouveau ni aggravation n'était annoncé ou démontré depuis l'été 2009, les Drs Z._____ et B._____ indiquent maintenir leur position, à savoir l'existence d'une capacité de travail exigible de 70% depuis février 2009 dans une activité adaptée.

Dans ses déterminations du 13 janvier 2011, la recourante observe qu'au terme du courrier du 6 décembre 2010 de l'OAI, les médecins du SMR n'ont pas pris en compte son allergie à la corticothérapie mise en avant par le Dr R._____. Elle requiert également que ce point soit investigué.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l’art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l’art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l’art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la

loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

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

b) La recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, en faisant valoir que son état de santé et les douleurs qu'elle rencontre l'empêchent de trouver et d'exercer une activité professionnelle appropriée, et ce depuis l'année 2000, estimant que la décision de suppression de rente d'août 2007 était manifestement erronée. Est donc litigieuse la question du droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de l'existence d'une aggravation de son état de santé et d'une incapacité de gain corrélative depuis la décision du 8 août 2007 supprimant le droit à la rente entière.

3. **a)** Aux termes 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. Par analogie à l'art. 17 LPGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue

d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]; Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 391 ss). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré, sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). A cet égard, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (Vallat, op. cit., p. 396).

b) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 10 mars 2009. Après avoir examiné les rapports des différents médecins et notamment le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 9 septembre 2009, l'OAI a constaté, par décision du 22 janvier 2010, que la recourante présentait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le mois de février 2009. Pour sa part, la recourante fait valoir que depuis 2000, son état a, au mieux, été stationnaire, et qu'elle n'est pas en mesure de travailler. Elle se plaint également de ce que l'OAI n'a pas tenu compte du fait que selon le rapport médical du Dr R._____ du 26 octobre 2010, elle est allergique à la corticothérapie. Elle requiert du reste que ce point soit investigué. A cet égard, il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b et 116 V 246 consid. 1a et les références). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1, 117 V 287 consid. 4 et

les références; TF 8C_880/2010 du 1er septembre 2011, consid. 4). Il en résulte que l'allergie à la corticothérapie, signalée pour la première fois par le Dr R._____ ultérieurement à la décision attaquée, n'a pas à être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. Il n'y a dès lors pas non plus lieu ici de faire porter l'instruction sur ce point; en particulier, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise médicale.

c) Selon les termes contenus dans ses écritures, la recourante soutient que la décision du 8 août 2007 était manifestement erronée, l'intimé ayant retenu à tort à l'époque que son état de santé s'était amélioré depuis la décision initiale d'octroi de rente rendue le 28 octobre 2002.

.

Les constatations faites par l'intimé lorsqu'il a procédé à la révision du droit à la rente de la recourante ne sont pas critiquables et certainement pas manifestement erronées. Il apparaît en particulier que la décision du 8 août 2007 se fonde sur un examen complet du dossier de l'intéressée et a été prise après mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) auprès de la clinique J._____, expertise qui remplit tous les critères pour se voir reconnaître valeur probante (cf. infra, consid. 4b).

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu aujourd'hui de considérer que l'OAI a fait à l'époque un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation ou violé le droit fédéral en supprimant la rente de la recourante avec effet dès le 1er octobre 2007.

Il y a dès lors lieu d'examiner, eu égard à la nouvelle demande du 10 mars 2009, si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit à la rente d'invalidité, pour la période postérieure au 8 août 2007 (date de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves; cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 125 V 368 consid. 2).

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

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le1er janvier 2008, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (art. 28 al. 1 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1).

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1).

5. Il y a lieu d'examiner si en l'espèce un changement important des circonstances est intervenu entre la décision du 8 août 2007, qui supprime le droit à la rente de la recourante — et la décision attaquée du 22 janvier 2010.

a) Au plan psychiatrique, dans son rapport du 1er juillet 2009, la Dresse P._____ ne pose pas de nouveaux diagnostics ni éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte lors de l'examen à la Clinique J._____. Dans le rapport d'expertise du 10 janvier 2007, la Dresse K._____ a ainsi notamment posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) accompagné d'une fibromyalgie (M79.0) vraisemblablement apparue en

2000 suite à l'hystérectomie subie à cette époque. Dans la discussion du cas, cette experte indique que le trouble somatoforme ne peut être considéré comme invalidant compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique démontrée et/ou de signes de gravité (pas de perte d'intégration sociale, pas de cristallisation de l'état psychique, ni d'échec de traitement discutable). En effet, peu ou pas de signes dépressifs ni aucune autre maladie psychique n'ont été constatés, alors qu'il existe plusieurs critères pour un trouble somatique compliqué par la présence de traits de personnalité histrioniques sous forme de dramatisation et de suggestibilité. La Dresse K._____ relève par ailleurs que les signes de dépression sévère ressortant de l'expertise pratiquée en mai 2001 se sont amendés. Force est de constater, à l'instar de l'avis médical SMR du 21 juillet 2009 des Drs Z._____ et B._____, que le status psychique (trouble somatoforme indifférencié F45.1 depuis 2002) brossé par la Dresse P._____ est identique à celui du COMAI de 2007, de sorte que les conclusions de la Dresse K._____ quant au caractère non invalidant de cette affection sur la capacité de travail résiduelle ne sauraient être rediscutées.

b) Au plan somatique, les nouvelles atteintes annoncées en mars 2009 par le médecin traitant, à savoir des polyarthralgies chroniques persistantes à prédominance lombaire ainsi que des troubles statiques plantaires, ont été investigués, dans la mesure où un examen clinique rhumatologique a été mis en oeuvre auprès du SMR. A cet égard, il convient de constater que le rapport d'examen du 9 septembre 2009 du Dr W._____ comporte une anamnèse détaillée, brosse un status général/neurologique et ostéoarticulaire de la recourante, se base sur un examen du dossier radiologique à disposition, pose des diagnostics clairs, et discute l'appréciation du cas de manière systématique et cohérente. L'évaluation de la capacité résiduelle de travail s'avère objective et dûment motivée. Partant, le rapport du Dr W._____ emporte pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 4b supra. Au demeurant, ce rapport d'examen clinique rhumatologique ne diffère pas des avis des autres médecins somaticiens. Ainsi le rapport médical du médecin traitant produit à l'appui du recours annonce un syndrome

polyalgique à focalisation dorsolombaire. Ce diagnostic recoupe les dorsolombalgies chroniques secondaires aux troubles dégénératifs affectant le rachis et le trouble somatoforme douloureux/fibromyalgie tels que discutés par le Dr W._____. Quant au courrier adressé le 10 février 2010 par le médecin traitant à l'avocat de la recourante, il constitue un résumé de l'état de santé de cette dernière sans établir une quelconque aggravation somatique ou fait nouveau postérieur à l'examen clinique SMR du Dr W._____. S'agissant du certificat médical du 26 octobre 2010 du Dr R._____, il décrit des lombosciatalgies G chroniques associées à des paresthésies fugaces de la jambe G évoluant depuis 2 ans et demi environ, sur une hernie discale en L4-L5 avec calcification du nucleus pulposus. Ces affections sont similaires à ce qui a été observé et pris en compte lors de l'examen clinique rhumatologique du Dr W._____. Après étude d'un ct-scan lombaire datant de décembre 2008, ce spécialiste a décelé des légers pincements disco-étagés ainsi qu'une petite hernie discale paramédiane G en L4-L5. Il en a déduit que la corrélation entre la hernie visible et les plaintes de la recourante est partielle mais qu'elle n'explique pas l'étendue des douleurs décrites ni les importantes limitations annoncées. Quant aux douleurs abdominales (spasmes) annoncées, le Dr W._____ les a effectivement prises en compte à l'occasion de son examen ostéoarticulaire pratiqué le 24 août 2009. Dans ces conditions, les constatations et conclusions du rapport d'examen SMR du 9 septembre 2009 apparaissent bien fondées et ne sauraient prêter le flanc à la critique.

Ainsi, avec le Dr W._____, on retient que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité de femme de chambre, mais de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux du tronc, pas de port de charges au-delà de 9 kg, pas d'attitude statique debout prolongée au-delà de 30 minutes, assis au-delà d'une heure).

c) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est

comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour l'année 2009, le revenu réalisable sans invalidité s'établit à 44'341 francs. S'agissant du revenu d'invalide, l'assurée n'ayant pas repris d'activité professionnelle, c'est à raison que dans la décision attaquée, l'intimé s'est référé aux données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique. Ainsi sur la base de la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), le salaire de référence en 2008 s'élevait à 4'116 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4). En tenant compte de la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises en 2008 (41,6h; La Vie économique, 12-2009, tableau B 9.2, p. 98), ce montant devait être porté à 4'280 fr. 64 (4'116 fr. x [41,6h./40h.]), correspondant à un salaire annuel de 51'367 fr. 68 (4'280 fr. 64 x 12). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,1%; La Vie économique, 12-2010, tableau B 10.2, p. 91), le revenu annuel s'établit à 52'446 fr. 40 (51'367 fr. 68 x [102,1/100]). L'exercice d'une acticité légère de substitution à 70% étant exigible sur le plan médical, le salaire hypothétique se monte dès lors à 36'712 fr. 48 par an (52'446 fr. 40 x [70/100]). Sous déduction d'un abattement de 5% tenant compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles, le revenu annuel d'invalide est en définitive de 34'876 fr. 86 (36'712 fr. 48 x [95/100]). Après comparaison entre les revenus sans invalidité (44'341 fr.) et avec invalidité (34'876 fr.), il en résulte une perte de gain s'élevant à 9'465 fr. (44'341 fr. – 34'876 fr.), d'où un degré d'invalidité de 21,3% ([9'465 fr. / 44'341 fr.] x 100), arrondi à 21% (cf. ATF 130 V 121). Ce taux, inférieur à 40%, n'ouvre pas le droit à la rente (cf. art. 28 LAI).

Finalement, si l’état de santé de la recourante s’est effectivement péjoré depuis la décision de suppression de rente d’août 2007, dès lors qu'elle ne peut plus être femme de chambre et ne peut

exercer qu'une activité à temps partiel, cette aggravation n’est pas telle qu’elle ouvre à nouveau le droit à une rente d’invalidité. Le taux d’invalidité de la recourante, passant de 0% à 21%, n'a en effet pas subi une modification notable depuis la décision du 8 août 2007 susceptible de justifier la révision pour l’avenir dans le sens de la réouverture du droit à la prestation AI demandée (cf. consid. 3a supra).

d) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n’y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d’une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), de sorte que la requête formulée en ce sens par la recourante doit être rejetée par appréciation anticipée des preuves. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

6. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l’art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l’octroi ou le refus de prestations de l’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. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la

recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 22 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de C._____ qui succombe.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente : Le greffier :

Du

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

- Me François Pidoux (pour C._____),
- 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 :