

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2014

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mmes Thalmann et Dessaux
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

V._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jérôme Benedict, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 et 61 let. d LPGA; 4 al. 1, 28 al. 2 et 69 LAI; 88a RAI; 89 LPA-VD

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1966, sans formation professionnelle, divorcée et mère d'un enfant, est d'origine italienne. Elle a quitté l'Italie en 1985 pour venir s'établir en Suisse où elle a travaillé en tant que vendeuse en pâtisserie-traiteur auprès du N._____, à [...], du 4 février 1991 au 4 décembre 1995, date à partir de laquelle elle a cessé complètement de travailler pour des raisons de santé.

Le 8 mai 1996, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente. Comme atteinte à la santé, elle a indiqué souffrir d'inflammation des deux épaules depuis 1993.

Dans un rapport médical du 13 juin 1996 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr W._____, rhumatologue traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies en voie de chronification sur troubles statiques et modérément dégénératifs, de status après libération d'un tunnel carpien droit, de périarthropathie d'épaule, de fibromyalgie en voie de décompensation et de troubles digestifs divers et vertiges mal systématisés. Il a noté dans l'anamnèse de sa patiente des douleurs articulaires multiples et la prescription d'anti-dépresseur. Il a considéré que l'assurée présentait une incapacité entière de travailler dans son ancien poste de vendeuse. Le Dr W._____ a en outre observé que les ports de charge significatifs et les efforts dans la profession préalable étaient contre indiqués, compte tenu de ses douleurs ostéo-articulaires et proposait dès lors un travail plus léger, même dans la vente, avec peu de manutention et de changement de position. Il admettait une capacité de travail évaluée à 70% dans une telle activité.

Dans un rapport médical du 28 novembre 1996 à l'OAI, le Dr G._____, médecin traitant de l'assurée, pneumologue et spécialiste en

médecine interne générale, a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail entière depuis le 2 décembre 1995. Il a notamment joint à son écrit, un rapport médical du 27 février 1996 établi par le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Ce dernier a considéré que les troubles présentés par l'assurée étaient en relation avec une fibromyalgie ou des troubles somatoformes douloureux dans un contexte anxio-dépressif qui semblait toujours très présent. Etait également joint au rapport du Dr G._____, le rapport du Dr A._____, spécialiste en radiologie, à propos d'une IRM cervicale effectuée le 2 février 1996, laquelle montrait notamment une petite hernie C6-C7 médiane, sans risque de souffrance de la moelle et sans déformation du fourreau médullaire.

Les Drs Q._____ et Z._____, endocrinologue-diabétologue, respectivement médecin-assistant, du Département de [...] du Centre D._____ (ci-après: Centre D._____), ont diagnostiqué chez l'assurée un côlon spastique probable, une gastrite chronique à *Helicobacter pylori*, une fibromyalgie, ainsi qu'un canal cervical étroit avec hernie C6-C7 sans compression médullaire (cf. rapport médical du 4 avril 1997).

A l'occasion d'un entretien téléphonique, le Dr G._____ a indiqué à la Dresse F._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après: SMR) que sa patiente subissait une grave atteinte à la santé et présentait parfois des idées suicidaires. Dans ces circonstances, la Dresse F._____ estimait qu'il convenait de reconnaître à l'assurée une incapacité totale de travailler, sans examen complémentaire, compte tenu de ses explications (cf. note téléphonique du 1^{er} octobre 1998).

Le 17 novembre 1998, l'OAI a rendu un projet de décision reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 4 décembre 1996, retenant ce qui suit: «en raison de votre atteinte à la santé et selon les renseignements en notre possession, vous présentez une incapacité de travail et de gain totale depuis le 4 décembre 1995. En

outre, des mesures professionnelles ne sont actuellement pas envisageables».

Le 7 janvier 1999, l'assurée, par l'intermédiaire de son ancien conseil, s'est ralliée à la position de l'OAI, tout en précisant que son état de santé s'était encore aggravé, en raison d'une diminution de ses défenses immunitaires.

Par décision du 22 février 1999, l'OAI a rendu une décision formelle confirmant son projet du 17 novembre 1998.

B. L'OAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente de l'assurée en mars 2000. Cette dernière a affirmé que son état de santé s'était aggravé, faisant état d'une augmentation de ses douleurs (cf. questionnaire pour la révision de la rente rempli le 4 avril 2000).

Dans un rapport médical à l'OAI du 12 septembre 2000, le Dr G._____ a retenu, à titre de diagnostics, un syndrome somatoforme douloureux, une fibromyalgie et des discopathies cervicales, lesquels entraînaient une incapacité de travail totale depuis décembre 1995. A l'occasion de ce rapport, ce médecin a transmis les rapports médicaux suivants:

- un rapport médical du 21 juin 2000 établi par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé les diagnostics de fibromyalgie et de métatarsalgies du II^e rayon surtout et également des III^e et IV^e sur avant-pieds plats transverses, plus marqué à droite qu'à gauche;

- un rapport médical du 13 septembre 1999, à teneur duquel, le radiologue B._____ a observé sur l'IRM cervicale des discopathies pluri-étagées, la plus sévère étant en C4-C5 et C6-C7, sans compression médullaire ou sténose des trous de conjugaison, ainsi que l'absence de conflit radiculaire visible. Il indiquait la stabilité de cet examen par rapport à celui réalisé le 19 juin 1997;

- un rapport médical du 22 septembre 1998 du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il est ressorti les diagnostics de syndrome douloureux aigu diffus et de fibromyalgie.

Par avis médical du 22 novembre 2001, la Dresse F._____ a préconisé la mise en œuvre d'un examen clinique SMR bidisciplinaire (rhumatologie/psychiatrie).

L'assurée a fait l'objet de cet examen le 29 novembre 2002. Dans un rapport du 24 mars 2003, les Drs S._____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne générale, et E._____, psychiatre, ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et d'anorexie atypique (F 50.1). Ces médecins ont constaté que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable puisqu'il n'y avait plus de médication en cours et qu'elle ne consultait qu'occasionnellement, qu'il manquait des points de fibromyalgie pour confirmer ce diagnostic, qu'il y avait une absence de corrélation entre les plaintes de l'assurée et l'examen clinique, que des symptômes de la lignée psychotique ou dépressive n'avaient pas été mis en évidence par l'examen clinique, qu'il n'y avait pas d'angoisses particulières ni de phobie et enfin que l'assurée ne présentait pas d'état anxio-dépressif, celui-ci étant en rémission complète au moment du rapport. Aussi, ces médecins ont conclu à une capacité de travail exigible de 90% (capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 10%) dans l'activité de vendeuse respectant les limitations fonctionnelles psychiatriques de fragilité psychologique et de trouble de l'alimentation, d'intensité légère. Il n'existait en revanche pas à leurs yeux de limitations fonctionnelles au plan ostéo-articulaire.

Par avis médical du 26 mars 2003, la Dresse F._____ du SMR s'est ralliée aux conclusions issues de l'examen clinique bidisciplinaire.

Par décision du 17 octobre 2003, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures professionnelles, visant à effectuer un stage de réadaptation

de quatre semaines auprès de la N._____ ([...]) à [...]. Lors d'un entretien téléphonique du 4 décembre 2003, synthétisé dans un rapport final de l'OAI du 20 janvier 2004, M. [...], gérant du restaurant de la N._____ [...], a relevé le peu d'intérêt et de motivation dont avait fait preuve l'assurée, n'arrivant pas à s'adapter, se plaignant du travail confié et émettant des commentaires négatifs envers l'entreprise. Le responsable a aussi fait état d'un nombre important d'absences, l'employée présentant des certificats médicaux ou demandant des congés pour la lessive ou le dentiste de son fils, ce que ne peut tolérer un employeur.

Le 13 février 2004, l'OAI a rendu une décision supprimant la rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant sa notification, soit au 1^{er} avril 2004, retenant qu'elle présentait un degré d'invalidité de 15.56% (revenu hypothétique sans invalidité de 49'400 fr.; revenu avec invalidité de 41'713 fr.), insuffisant pour maintenir le droit à une rente. La décision était motivée comme suit:

«Du 10 novembre au 6 décembre 2003 vous avez effectué un stage auprès de la N._____ au rayon traiteur, notamment à la vente d'articles de boulangerie, avec versement d'indemnités journalières AI durant cette période.

Après étude de votre dossier et suite à l'examen clinique bi-disciplinaire du 29 novembre 2002 auprès de notre Service médical régional, il ressort que médicalement votre état de santé s'est nettement amélioré et que votre capacité de travail et de gain résiduelle est de 90% dans des activités adaptées à votre état de santé ainsi que dans votre ancien travail de vendeuse. Seule une diminution de rendement de l'ordre de 10% est retenue, vu la notion des douleurs. Dans des activités adaptées telles qu'employée d'usine, ouvrière au montage d'instruments, employée à la presse, employée au poste des retours ainsi que dans votre ancien travail de vendeuse, le revenu annuel brut moyen à 90% s'élève à Fr. 41'713.--.

Sans atteinte à la santé dans votre ancien métier de vendeuse, le revenu annuel brut serait aujourd'hui de Fr. 49'400.--.»

Le 18 mars 2004, l'assurée a fait opposition à la décision précitée, faisant valoir que des investigations médicales étaient en cours s'agissant d'une sciatique hyperalgique sur une hernie discale dont elle

alléguait qu'elle n'était pas mentionnée dans le rapport d'examen médical bidisciplinaire du SMR.

Le 29 avril 2004, l'assurée a subi une hémilaminectomie L4-L5 gauche et une microdiscectomie pour hernie discale avec syndrome de la queue de cheval auprès du Service de [...] de l'Hôpital de [...].

Dans un rapport du 12 juillet 2004, la Dresse T._____, cheffe de clinique auprès du Service de [...] de l'Hôpital A._____ et du Centre hospitalier universitaire D._____, a évoqué une évolution satisfaisante après discectomie L4-L5.

Le 15 décembre 2004, l'assurée a été examinée par le Dr W._____. Dans un rapport du 28 décembre 2004 à l'OAI, ce médecin a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status post-laminectomie et micro-discectomie pour hernie discale L4-L5 gauche le 29 avril 2004, de lombalgies et lombosciatalgies résiduelles, persistantes, de cervico-brachialgies anciennes et récidivantes sur discopathie C6-C7 et hernie gauche, ainsi que d'état d'épuisement et somatisations multiples. En revanche, les troubles digestifs divers avec pyrosis, ballonnements et crise hémorroïdaire récente n'exerçaient pas d'influence sur la capacité de travail. Ce médecin évoquait au titre de limitations fonctionnelles les difficultés de sa patiente d'effectuer des travaux en porte à faux des membres supérieurs en raison de cervico-brachialgies, des difficultés nettes aux longues stations debout, des lombosciatalgies et rachialgies diffuses apparaissant après 2-3 heures debout. Selon le Dr W._____, une activité légère à temps partiel pouvait être exigée de l'assurée.

Dans un rapport du 15 juin 2005 à l'OAI, le Dr C._____, chef de clinique adjoint au Service de [...] du Centre hospitalier universitaire D._____, a évoqué l'existence d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, avec persistance toutefois de douleurs à la palpation de la cicatrice et de parésies M4 et jambier antérieur gauche, sans troubles sensitifs et sphinctériens et sans Lasègue.

L'assurée a fait l'objet d'un examen rhumatologique du SMR le 1^{er} septembre 2005, par la Dresse Y._____, spécialiste en médecine interne générale. Elle a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies dans le cadre d'un status post cure de hernie discale L4-L5 gauche avec syndrome de la queue de cheval en 2004 (M51.3), des cervicalgies non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif C4-C5 et C6-C7, protrusif mais sans hernie discale (M50.3). Par contre, restaient sans influence sur la capacité de travail de l'assurée, les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de status post cure de canal carpien des deux côtés, de status post hystérectomie pour ménorragie en 2001, de status post appendicectomie en 1984, de status post correction du septum nasal en 1992, de status post excision d'une exostose du cinquième métatarse à droite en 1996, ainsi que de côlon spastique et autres troubles digestifs fonctionnels. La Dresse Y._____ a en outre exposé ce qui suit sous la rubrique «appréciation du cas» de son rapport:

«Cette jeune assurée d'origine italienne présente, depuis 1995, des douleurs généralisées interprétées comme fibromyalgie voire syndrome douloureux somatoforme persistant. En début 2004, elle développe en plus une sciatique hyperalgique gauche, opérée le 29.04.2004 pour un syndrome de la queue de cheval sur hernie discale volumineuse L4-L5 gauche. Si le déficit sensitivo- moteur a disparu en post-opératoire, les douleurs n'ont pas changé du tout. Les médecins traitants notent néanmoins une amélioration nette (la Dresse T._____, neurochirurgie au Centre hospitalier universitaire D._____ le 25.05.2005 et Dr W._____ le 15.12.2004). Depuis juillet 2005, l'assurée présente des problèmes accentués cervico-brachiaux où l'on découvre des discopathies étagées, sans indication opératoire.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'une assurée svelte, plaintive, qui ne parle d'abord que de ses douleurs cervico-brachiales. Le status de médecine interne générale est dans les limites de la norme à l'exception d'une douleur à la palpation de l'hypochondre ddc sans résistance ni détente. Le status ostéoarticulaire met en évidence un dos plat, une colonne équilibrée et une légère tendance à l'insuffisance posturale. La mobilité cervicale est discrètement diminuée pour l'inclinaison latérale, au niveau lombaire on trouve une diminution relativement discrète pour la rotation et l'inclinaison latérale bilatérale, tous ces mouvements sont douloureux. La distance doigt-sol est de 28 cm, la distance doigt-orteil de 10 cm en position assise les jambes tendues, le Schober est de 30/33 cm, respectivement 10/14 cm. La musculature paravertébrale est relativement peu développée, légèrement tendue

au niveau cervico-scapulaire gauche. Les grandes articulations périphériques sont toutes bien mobiles, douloureuses au membre supérieur et exclusivement à gauche aux membres inférieurs. Tout le corps est douloureux à la palpation d'une façon diffuse, tous les tenders points sont accompagnés d'un Jump sign. Le status neurologique montre une force musculaire contre résistance conservée, le grip testé par Jamar est extrêmement faible, après un premier essai tout à fait acceptable de 16 kg. Le Lasègue est négatif ddc, il n'y a aucun déficit radiculaire mais un hémisyndrome sensible droit. Tous les signes de Waddell sont présents.

Les radiographies montrent le status post opératoire lombaire avec une discopathie avancée mais sans récurrence ni formation de tissu cicatriciel. Au niveau cervical, l'IRM montre 2 discopathies protrusives au niveau C4-C5 et C6-C7, sans compression objective médullaire ou radiculaire.

En résumé, on retient donc comme nouvel élément un status post cure de hernie discale volumineuse L4-L5 gauche avec récupération complète de la force et de la sensibilité dans ce territoire ainsi que des cervicobrachialgies dans le cadre d'un trouble statique et de discopathies protrusives sans compression radiologique ou clinique. Le syndrome somatoforme douloureux est toujours présent, ce qui rend la différenciation entre douleurs structurelles et fonctionnelles difficile. Par rapport à l'examen bidisciplinaire SMR de 2002, on note un poids légèrement augmenté, une tension artérielle dans les limites de la norme et, au niveau ostéoarticulaire, une diminution modérée de la mobilité lombaire (Schober lombaire passant de 10/15 cm à 10/14 cm). Tous les signes de Waddell sont positifs, on constate une nette discordance entre la distance doigts-sol de 28 cm et la distance doigts-orteils de 10 cm ainsi qu'entre les limitations alléguées et comportement spontané.

Cette assurée a donc effectivement développé des problèmes structurels ultérieurs à l'examen SMR de 2002, ce qui amène évidemment à des limitations fonctionnelles ainsi qu'à une modification de la capacité de travail résiduelle, surtout dans la profession de vendeuse.

Les limitations fonctionnelles

Il faut éviter une position statique prolongée debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux ainsi que dans toute position extrême de la tête. L'assurée ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machines vibrantes. Il est préférable qu'elle puisse travailler en assis-debout alterné, avec une pause élargie outre midi. Le port de charges est limité à 10kg occasionnellement.

Dans ce rapport, la Dresse Y. _____ a conclu à une capacité de travail résiduelle de l'assurée de 40% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée, dès le 15 décembre 2004.

Par décision sur opposition du 1^{er} septembre 2006, l'OAI a partiellement admis l'opposition de l'assurée du 18 mars 2004, en ce sens qu'elle lui a octroyé une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100% du 1^{er} juillet 2004 au 1^{er} mars 2006, confirmant cependant la suppression de la rente du 1^{er} avril 2004 au 30 juin 2004. L'Office a motivé sa décision comme suit:

«En l'espèce, nous retenons sur le plan médical que votre état de santé a fait l'objet d'une instruction complète, d'une part, et que les éléments nouveaux soulevés dans votre opposition ont, d'autre part, été pris en compte. Il appert que les divers rapports médicaux permettent de porter un jugement litigieux sur les droits litigieux. Les différents rapports du SMR ont entière valeur probante au sens de la jurisprudence, leurs conclusions étant claires et bien motivées, au surplus contredites par aucune pièce pertinente du dossier.

En résumé, nous vous reconnaissons dès lors une incapacité de travail totale, dans toute activité, du 29 avril 2004 au 15 décembre 2005 (rapport du Dr W. _____ du 28.12.2004). A partir de cette date, vous avez récupéré une capacité de travail de 40% comme vendeuse et de 80% dans une activité adaptée.

Sur le plan économique, nous précisons d'emblée qu'il n'était pas justifié de procéder un calcul du préjudice économique lorsque vous pouviez travailler à 90% autant dans votre activité habituelle que dans toute autre activité adaptée. Votre préjudice économique se confondait en effet alors évidemment avec votre incapacité de travail et n'était, depuis l'amélioration constatée le 29 novembre 2002, plus que de 10%. Hormis cette précision, la décision querellée est juste dans son résultat, à savoir que c'est à juste titre que votre rente a été supprimée à partir du 1^{er} avril 2004.

A partir du mois d'avril 2004, votre incapacité de travail est à nouveau totale. Votre taux d'invalidité est depuis lors à nouveau de 100%. Vous avez à nouveau droit à une rente entière après trois mois d'aggravation (art. 88a alinéa 2 RAI), soit dès le 1^{er} juillet 2004.

Dès le 16 décembre 2005, votre capacité de travail est à nouveau de 40% comme vendeuse et de 80% dans une activité adaptée. Votre rente doit à nouveau être réduite, après trois mois d'amélioration (art. 88a alinéa 1 RAI).

Pour savoir dans quelle proportion votre rente doit être diminuée à partir du 1^{er} mars 2006, il convient de procéder à un nouveau calcul de votre préjudice économique.

[...]

Compte tenu de votre nationalité et de vos limitations, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé peut au grand maximum se justifier. En tenant compte encore de votre capacité de travail limitée à 80%, votre revenu annuel d'invalidé s'élève à frs

34'400.30. Indexé à 2004, il représente un montant de frs 35'206.95.

Quant à votre revenu hypothétique sans invalidité, il se monte, en 2004, à frs. 50'558.38.

Il en résulte un taux d'invalidité maximal de 30%.

Un tel préjudice étant inférieur à 40%, force est d'admettre que la rente doit à nouveau être supprimée à partir du 1^{er} mars 2006.

Appelée à se prononcer sur votre droit à des mesures de reclassement éventuelles, notre division de réadaptation a indiqué le 3 août 2006 qu'au vu de votre capacité de travail résiduelle de 80%, il n'existe pas de mesure professionnelle proportionnée qui permettrait de réduire votre préjudice économique. En effet, pour vous permettre d'améliorer de manière significative votre capacité de gain, il faudrait que vous suiviez une formation qui ne vous est de toute façon pas accessible au vu de votre niveau de scolarité.

Vous ne pouvez en outre pas bénéficier d'une aide au placement dans la mesure où vous ne rencontrez pas de difficultés particulières liées à votre atteinte à la santé dans la recherche d'emplois.

En conclusion, nous estimons que c'est à juste titre que votre rente a été supprimée à partir du 1^{er} avril 2004.

En revanche, nous vous reconnaissons le droit à une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} juillet 2004 au 1^{er} mars 2006.»

C. Par acte du 5 octobre 2006, V._____, par son conseil, a recouru auprès du Tribunal des assurances vaudois (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) contre la décision sur opposition rendue le 1^{er} septembre 2006. Elle a conclu à son annulation et à l'octroi sans interruption d'une rente entière, à compter du 1^{er} décembre 1996. En substance, elle a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré, qu'au contraire il s'était aggravé, que l'intimé s'était fondé sur des critères purement théoriques pour évaluer sa capacité de gain, que les limitations fonctionnelles auxquelles elle était soumise ne lui permettaient pas d'exercer une activité quelle qu'elle soit et enfin, elle a critiqué le fait que le versement de sa rente ait été interrompu pour la période du 1^{er} avril au 30 juin 2004. Elle a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire.

Le 14 février 2007, l'intimé a admis que l'amélioration constatée en avril 2004 n'était pas durable au sens de l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), la

recourante s'étant retrouvée à nouveau en incapacité totale de travailler depuis le 29 avril 2004, de sorte que le versement de la rente devait être ininterrompu jusqu'au 1^{er} mars 2006. Pour le surplus, soit la période postérieure au 1^{er} mars 2006, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 4 décembre 2007, la juge instructeur alors en charge de l'affaire a invité l'OAI à se déterminer sur la date de suppression de la rente et à expliquer comment il en était arrivé à la date du 1^{er} mars 2006.

L'OAI a indiqué, dans ses déterminations du 21 décembre 2007, que la date de suppression de rente au 1^{er} mars 2006 résultait d'une erreur de transcription manifeste. L'Office intimé s'est prévalu d'une volonté clairement exprimée de retenir la date d'amélioration indiquée par le SMR dans son rapport du 1^{er} septembre 2005, soit le 15 décembre 2004. Aussi, l'intimé a proposé la réforme de la décision litigieuse en ce sens que la rente doit être supprimée dès le 1^{er} avril 2005.

Le 29 septembre 2008, la recourante a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail compte tenu de l'aggravation de son état de santé. A l'appui de sa requête, elle a produit en annexe à ses déterminations, une appréciation médicale du 28 juillet 2008 du Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, ainsi qu'une IRM de la colonne cervicale pratiquée le 23 avril 2008, mettant en évidence une hernie discale paramédiane et foraminale gauche C6-C7 venant au contact de la racine C8 gauche. La recourante a précisé que cette hernie était apparue à une date indéterminée mais qui pourrait être antérieure à la décision attaquée.

Par courrier du 29 octobre 2008, l'OAI a contesté cette position et a considéré que l'aggravation de l'état de santé de la recourante était postérieure à la décision contestée, dans la mesure où l'hernie discale avait été mise en évidence par l'IRM du 23 avril 2008, l'examen clinique de septembre 2005 ne faisait état que d'une protrusion discale. Selon l'intimée, la date de l'aggravation ne pouvant être déterminée avec

précision, il convenait de retenir la date de l'IRM, soit le 23 avril 2008. Dans ces circonstances, l'OAI estimait qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de cette aggravation dans le cadre de la présente procédure.

Le 13 novembre 2008, le juge instructeur alors en charge du dossier a informé la recourante de la possibilité d'une reformation de la décision attaquée en sa défaveur, lui laissant la faculté de retirer son recours, retrait qui entraînerait l'entrée en force de chose jugée de la décision qui ne pourrait dès lors être réexaminée que sous l'angle de la reconsidération. Ce courrier informait la recourante du maintien du recours sans réponse dans le délai imparti. Le délai, initialement fixé à la recourante au 28 novembre 2008, a été prolongé à maintes reprises jusqu'au 29 octobre 2009, la juge instructeur réitérant, dans son courrier du 29 septembre 2009, l'avertissement qu'à défaut de réponse dans le délai imparti, le recours serait considéré comme maintenu. Par la suite, la recourante ne s'est jamais explicitement prononcée en faveur d'un retrait de recours.

Le 4 juin 2009, la recourante a requis une nouvelle fois la mise sur pied d'une expertise évoquant une sarcoïdose, diagnostiquée tardivement en 2008 mais qui pourrait être antérieure à la décision litigieuse, un canal cervical étroit ayant pu avoir des conséquences sur son état de santé et, par conséquent, sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, ainsi qu'un problème de hernie discale que les médecins du SMR pourraient ne pas avoir suffisamment pris en considération. Elle a en outre produit en annexe les rapports médicaux suivants:

- un rapport du 12 janvier 2009 établi par le Service de [...] du Centre hospitalier universitaire D._____;
- un rapport du 22 janvier 2009 du Département de [...] du Centre hospitalier universitaire D._____;
- un rapport anatomo-pathologique du 24 décembre 2008 établi par le Centre hospitalier universitaire D._____;
- une bronchoscopie du 23 décembre 2008;

- un rapport de l'Institut O._____ du 22 janvier 2009 (daté par erreur du 22 janvier 2008);
- ainsi qu'un rapport du Centre X._____ du 3 juillet 2006.

Le 17 août 2009, l'OAI, se ralliant à l'avis médical de la Dresse Y._____ du SMR daté du 13 août 2009, a conclu que l'aggravation de l'état de santé, soit la hernie discale et la sarcoïdose, était postérieure à la décision sur opposition attaquée. Il s'est en outre opposé à la mise sur pied d'une expertise, considérant que si celle-ci pouvait s'avérer utile s'agissant de l'actualisation des données médicales suite à ces nouvelles atteintes, elle ne permettrait cependant pas de déterminer précisément la date de survenance de celles-ci, qui sont de toute façon postérieures à la décision attaquée.

Le 21 octobre 2009, la recourante a produit un rapport médical du Dr W._____ du 9 octobre 2009 qui mentionnait notamment l'existence probable de l'hernie cervicale antérieurement à 2006 et requis une nouvelle fois, compte tenu de ce dernier, la mise sur pied d'une expertise.

Par courrier du 10 septembre 2010, la recourante a encore produit un rapport du Service [...] du Centre hospitalier universitaire D._____ du 1^{er} juillet 2010, indiquant que la recourante présentait une toux chronique évoluant depuis plus de dix ans exacerbée par le froid et l'effort et associée à une rhinite per-annuelle.

Le 9 décembre 2010, la juge instructeur en charge du dossier a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre K._____ (ci-après: Centre K._____), à [...].

Le rapport d'expertise judiciaire du Centre K._____ daté du 30 septembre 2011 a été établi par les Drs I._____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réadaptation, P._____, psychiatre et psychothérapeute, et U._____, spécialiste en médecine interne générale. Ces médecins ont retenu les diagnostics, avec répercussion sur

la capacité de travail, de cervicalgies, cervico-brachialgie gauche non déficitaire dans le cadre de troubles dégénératifs marqués, canal cervical étroit (M50.9), de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs (M51.8), ainsi qu'un status post hémilaminectomie L4-L5 gauche (Z98.8), de troubles anxieux, sans précision (F41.9), et de trouble dépressif récurrent, avec syndrome somatique, épisode actuel moyen (F33.11). En revanche, la sarcoïdose pulmonaire de stade I au décours et la tuberculose latente traitée en 2010 étaient sans effet sur la capacité de travail de la recourante. Les limitations fonctionnelles de cette dernière ont été détaillées comme suit:

- «- Pas de position statique assis ou debout prolongée, de positions et/ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical et lombaire en flexion/extension/rotation
- Pas de port itératif de charge > 5-10 kg
- Pas de mouvement itératif d'agenouillement/relèvement
- Pas de travail sur échelle ni sur échafaudage, changements de position fréquents possibles.
- Diminution des capacités de concentration, d'attention et de la mémoire en raison de ses anxiétés et de ses ruminations à contenu dépréciatif
- Difficultés à initier une activité
- Troubles de la concentration et de la mémoire
- Capacité de résistance au stress est réduite
- Fatigabilité
- Pas de réelles limitations sociales, mais éventuelles difficultés d'intégration dans un groupe vu la conviction d'être vécue comme une personne contagieuse.»

Selon les experts, les limitations fonctionnelles somatiques n'intervenaient que si l'assurée exerçait son ancien métier de vendeuse dans le cadre d'un supermarché ou dans un magasin impliquant beaucoup de mise en place (le chargement des rayons impliquant beaucoup de déplacements, d'agenouillements et de ports de charge) ; en revanche, ces limitations n'intervenaient pas réellement s'il s'agissait d'une activité de vendeuse dans un petit commerce ou comme vendeuse au rayon pâtisserie-traiteur comme auparavant (cf. expertise, p. 21, pt 6).

Les experts ont admis, sur le plan rhumatologique, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et de 40% dans l'ancienne activité, dès le 15 décembre

2004, et sur le plan psychique, une incapacité de travail de 50% dès janvier 2011, susceptible de s'améliorer avec un traitement adéquat.

Dans ses déterminations du 30 novembre 2011, l'OAI a estimé qu'il ressortait des renseignements obtenus que la situation médicale de la recourante était restée identique depuis le moment où la décision sur opposition avait été prise, soit le 1^{er} septembre 2006, jusqu'à fin 2010. Vu le rapport d'expertise du Centre K._____, l'Office intimé a une nouvelle fois conclu à la réforme de la décision litigieuse, dans le sens du maintien de la rente entière jusqu'au 31 mars 2005 et de sa suppression au 1^{er} avril 2005.

Par courrier du 6 février 2012, la recourante a produit deux pièces médicales, à savoir un rapport du Dr H._____ du 4 février 2012 et un rapport de la Dresse L._____, rhumatologue, du 5 janvier 2012. Elle a également requis une suspension temporaire de l'instruction jusqu'à résultat connu sur le traitement psychiatrique qu'elle a entrepris auprès du Centre hospitalier universitaire D._____, subsidiairement à une prolongation de délai pour se déterminer.

Par courrier du 10 février 2012, la juge instructeur actuellement en charge du dossier a accordé à la recourante un ultime délai au 6 mars 2012 pour déposer ses déterminations sur le rapport d'expertise du 30 septembre 2011. Par ordonnance du 21 mars 2012, la juge instructeur a refusé la requête de suspension déposée par la recourante de même que la demande de prolongation de délai requise.

Se déterminant le 3 mai 2012 sur le courrier de la recourante du 6 février 2012, l'OAI a souligné que tout fait concernant la période postérieure à la date de la décision querellée n'entraîne pas en considération dans l'examen du recours. L'intimé a pour le surplus commenté le rapport du Dr H._____ du 4 février 2012 en indiquant que le fait qu'il existait ou non une capacité de travail résiduelle dans l'activité antérieure n'avait aucune influence sur le degré d'invalidité.

Le 4 juin 2012, la recourante a contesté les conclusions de l'expertise judiciaire, considérant que sa situation psychique défavorable existait depuis en tout cas 1995. Dans ces conditions, il lui semblait opportun que les experts établissent quel était le degré d'influence de cette affection sur sa capacité de travail à l'époque de la décision attaquée, étant précisé que les experts avaient indiqué qu'ils ne pouvaient exclure une composante psychique entre 2004 et 2006, dès lors que l'anxiété et l'état dépressif pouvaient majorer la perception douloureuse.

D. Par décision du 23 octobre 2006, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le 11 décembre 2012, Me Jérôme Bénédicte a produit la liste des opérations qu'il avait effectuées dans ce dossier et a fait état de quelque 25 heures de travail entre novembre 2007 et décembre 2012.

E n d r o i t :

1. **a)** A teneur de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, immédiatement applicable, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

D'autre part, interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

b) Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1). Par conséquent, le cas d'espèce est régi par l'ancien droit pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2003, et après le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455 consid. 1). En tout état de cause, les principes développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité avant le 1^{er} janvier 2004 conservent leur validité sous l'empire de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3).

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

b) Le litige porte sur la suppression du droit de la recourante à une rente d'invalidité par voie de révision du 1^{er} avril au 30 juin 2004, puis dès le 1^{er} mars 2006, singulièrement sur le point de savoir si sa situation médicale a subi une modification notable susceptible de modifier son droit aux prestations. Contrairement à l'intimé qui admet une amélioration de la santé psychique de l'assurée permettant une révision de la décision, la recourante soutient en revanche que son état de santé n'a connu aucune amélioration, et qu'au contraire il s'est aggravé. Selon elle, les documents médicaux au dossier, ainsi que les limitations fonctionnelles auxquelles

elle est soumise, ne permettent pas la reprise d'une activité et, par conséquent, la suppression du versement de sa rente.

c) Il convient de préciser que le changement de position exprimé par l'OAI dans sa réponse du 14 février 2007 s'agissant de l'interruption du versement de la rente de la recourante du 1^{er} avril au 30 juin 2004 ne saurait être considéré comme une nouvelle décision au sens de l'art. 83 LPA-VD. En effet, l'OAI n'a pas manifesté sa volonté de rendre une nouvelle décision et n'a pas affirmé clairement s'être trompé dans sa décision sur opposition du 1^{er} septembre 2006, se contentant de ne pas exclure que la rente puisse être versée sans interruption jusqu'au 1^{er} mars 2006 («Dans ce contexte, nous pourrions admettre que la rente entière puisse subsister de manière ininterrompue jusqu'au 1^{er} mars 2006»), de sorte que la décision sur opposition du 1^{er} septembre 2006 demeure la décision litigieuse.

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2004, 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, actuellement art. 28 al. 2 LAI).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

c) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA (correspondant à l'ancien art. 41 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), 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. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). 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 (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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2).

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

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur

le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

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

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 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a, et les références; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 262 consid. 1, 117 V 287 consid. 4, et les références; TF 9C_81/2007 et 9C_397/2007 cités).

e) Selon l'art. 89 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité n'est pas liée par les conclusions des parties. Elle peut modifier la décision à l'avantage ou au détriment du recourant. Dans ce dernier cas, elle l'en informe et lui impartit un délai pour se déterminer ou pour retirer son recours.

Selon l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours.

4. a) A l'époque de la première décision du 22 février 1999 de l'OAI, les diagnostics de cervico-brachialgies, de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux dans un contexte anxio-dépressif avaient été retenus (cf. rapports des Drs W._____ et J._____ des 13 juin 1996 et 2 février 1996). Une IRM du 2 février 1996 avait également mis en évidence un canal cervical plus étroit de C4 à C7 avec une petite hernie C6-C7 sans compression médullaire. En outre, selon l'avis de la Dresse F._____ du SMR - à la suite de l'entretien téléphonique qu'elle avait eu avec le Dr G._____ -, la recourante présentait une incapacité de travail entière, en raison d'une grave atteinte à la santé psychique avec idées suicidaires. C'est donc sur cette base que la décision de l'OAI avait été prise de lui allouer une rente entière dès le 4 décembre 1996.

b) A l'occasion de la procédure de révision initiée en mars 2000, la recourante a allégué une aggravation de son état de santé, en raison de l'augmentation de ses douleurs. Dans sa décision du 13 février 2004, l'OAI a considéré que l'état de santé de la recourante s'était au contraire amélioré, supprimant dès lors la rente d'invalidité avec effet au 1^{er} avril 2004.

D'un point de vue somatique, l'évolution de l'état de santé de la recourante semblait favorable. En effet, outre le fait qu'il ressortait de l'IRM effectuée le 13 septembre 1999, une stabilité par rapport aux examens antérieurs, l'examen clinique bidisciplinaire du SMR effectué le 29 novembre 2002 mettait en avant le fait qu'il manquait des points de fibromyalgie pour confirmer ce diagnostic et qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles au plan ostéo-articulaire. Il ressortait notamment de ce rapport qu'il n'y avait aucune atteinte des indices de mobilité aussi bien rachidiens que des membres supérieurs ou inférieurs; qu'il existait en outre une bonne corrélation radiologique avec des clichés axiaux dans les normes pour l'âge; que les discrètes atteintes statiques et dégénératives constatées étaient des altérations fréquentes et banales, sans corrélation significative avec des douleurs; qu'il n'y avait pas d'explication ostéo-articulaire pour justifier une incapacité de travail de longue durée chez cette assurée; que des poussées itératives de contractures ou de tensions

musculaires répondaient du reste généralement à la prise occasionnelle de dafalgan et enfin qu'il y avait donc une absence de corrélation entre les plaintes de l'assurée qu'elle juge invalidante, et l'examen clinique qui reste normal (cf. rapport issu de l'examen clinique bidisciplinaire du SMR, p. 4 et 5).

D'un point de vue psychique, il convient de souligner au préalable que le rapport du 24 mars 2003 des Dresses S. _____ et E. _____, est en tant que tel dénué de valeur probante puisqu'à l'époque, la Dresse E. _____ se prévalait à tort du titre de «psychiatre FMH» et n'était pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal (cf. TF I 65/07 du 31 août 2007). On notera tout de même, selon les informations recueillies dans ce rapport, qu'à cette époque, la recourante ne prenait plus aucune médication psychotrope depuis deux ans et qu'elle ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique.

Dès lors, si l'amélioration de l'état de santé de la recourante constatée par l'intimé - sur la base principalement de l'examen clinique bidisciplinaire du SMR effectué le 29 novembre 2002 - semble être admissible, cette question peut toutefois rester ouverte. En effet, l'état de santé de la recourante s'étant dégradé au point qu'elle a dû subir une hémilaminectomie, le 29 avril 2004, l'amélioration qui a motivé la suppression de la rente entière avec effet au 1^{er} avril 2004 ne peut être considérée comme durable au sens de l'art. 88a al. 1 RAI - ce que l'OAI n'a d'ailleurs pas exclu d'admettre dans son écriture du 14 février 2007 -, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'interrompre le versement de la rente entière du 1^{er} avril au 30 juin 2004.

5. a) Comme mentionné ci-dessus, l'état de santé de la recourante s'est aggravé somatiquement, raison pour laquelle, elle a subi, le 29 avril 2004, une intervention chirurgicale pour une hernie discale au niveau L4-L5 avec syndrome de la queue de cheval entraînant une nouvelle incapacité de travail. Ainsi, il y a lieu d'examiner dans quelle mesure l'état de santé de la recourante s'est aggravé à la suite de cet événement.

En décembre 2004, le Dr W. _____ a observé que l'aggravation de l'état de santé de la recourante n'a été que passagère puisqu'il a évoqué une évolution post-opératoire lentement favorable jusqu'à un status complet d'amélioration des signes irritatifs avec Lasègue négatif et récupération presque complète de la force (cf. rapport du 28 décembre 2004). Sur cette base notamment, il a admis une capacité de travail résiduelle dans une activité légère à temps partiel, sans toutefois en indiquer le taux. Quant à la Dresse T. _____ du Centre hospitalier universitaire D. _____, elle a aussi mentionné une évolution satisfaisante après discectomie L4-L5 (cf. rapport du 12 juillet 2004). Le Dr C. _____, quant à lui, a évoqué, dans son rapport à l'OAI du 15 juin 2005, une amélioration de l'état de santé de la recourante, avec toutefois la subsistance de parésies. Le 1^{er} septembre 2005, le rapport issu de l'examen rhumatologique du SMR, lequel revêt une pleine valeur probante, a mis en évidence un status post cure de hernie discale L4-L5 gauche avec une récupération complète de la force et de la sensibilité, des cervicobrachialgies dans le cadre d'un trouble statique et des discopathies protrusives sans compression radiologique ou clinique. Ainsi, les médecins du SMR ont conclu à une incapacité de travail entière du 29 avril au 15 décembre 2004 et, depuis cette date, à une incapacité de 60% dans l'activité habituelle de la recourante et de 20% dans une activité adaptée excluant toute position statique prolongée debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux et dans toute position extrême de la tête, ainsi que le travail à la chaîne ou sur des machines vibrantes, mais favorisant l'alternance de la position assis-debout avec une pause élargie outre midi, le port de charges étant limité à 10 kg occasionnellement. Les experts judiciaires ont quant à eux retenu, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, des conclusions similaires dans leur rapport du 30 septembre 2011, lequel revêt une pleine valeur probante. Ils ont considéré qu'elle était apte à travailler à 80% (6-7 heures par jour) avec cependant une perte de rendement de l'ordre de 5-10% dans une activité adaptée, en raison de douleurs rachidiennes cervicales et lombaires, d'un status post intervention sur le rachis lombaire, et à 40% (3-4 heures par jour) dans l'ancienne activité, ceci dès le 15 décembre 2004 (cf. rapport du

30 septembre 2011, p. 22 et 24). Ce rapport comporte des conclusions convaincantes et dûment motivées, qui tiennent compte de l'ensemble des atteintes de la recourante et expose en détail les limitations fonctionnelles de cette dernière dans une activité adaptée.

Au plan psychique, aucun document médical ne permet d'établir une nouvelle incapacité de travail avant 2011, date de l'expertise judiciaire du Centre K._____. En effet, les rapports médicaux au dossier font essentiellement état des problèmes somatiques qu'a présentés la recourante et non de sa santé psychique. Selon le W._____, rhumatologue traitant de la recourante, a évoqué dans son rapport médical du 28 décembre 2004, un état d'épuisement et des somatisations multiples, ainsi qu'une mise sous "tranxilium". Il n'y a toutefois pas d'autres indications au dossier qui permettrait de retenir une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Les experts confirment en revanche une incapacité de travail dès 2011, soit postérieurement à la décision attaquée, qui pourra cas échéant faire l'objet d'une révision ultérieure. Les diagnostics posés par les experts sont ceux de troubles anxieux sans précision et de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel moyen, ceux-ci ayant précisé qu'un traitement approprié devrait permettre à la recourante de retrouver une capacité de travail entière rapidement.

Ainsi, il y a lieu de retenir que l'état de santé de la recourante s'est nettement amélioré dès le 15 décembre 2004, l'incapacité de travail étant de 60% dans l'activité habituelle de la recourante et de 20% dans une activité adaptée.

b) S'agissant de la date du 15 décembre 2004 retenue comme le moment de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, il convient de noter, qu'en cours de procédure, l'office intimé a expliqué avoir fait une erreur de retranscription dans sa décision du 1^{er} septembre 2006 en retenant à tort la date du 15 décembre 2005. L'intimé a ainsi proposé la réforme de sa décision dans un sens défavorable à la recourante puisqu'il a suggéré la suppression de la rente dès le 1^{er} avril 2005, en lieu et place

du 1^{er} mars 2006, compte tenu de cette erreur (cf. déterminations de l'OAI du 21 décembre 2007; art. 88a al. 1 RAI).

En l'espèce, c'est avec raison que l'intimé est revenu sur sa décision, dès lors qu'elle était à l'évidence erronée, l'amélioration de l'état de santé de la recourante n'ayant dans tous les cas pas débuté en décembre 2005, mais en décembre 2004 déjà (cf. consid. 5a supra). La juge instructeur, qui n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 89 LPA-VD et 61 let. d LPGa), est susceptible de statuer en défaveur de l'assurée, cette dernière n'ayant pas manifesté sa volonté de retirer son recours malgré la faculté qui lui a été laissée (cf. courrier du 3 septembre 2009).

6. En cours de procédure, la recourante a allégué des nouveaux éléments s'agissant de son état de santé (hernie discale C6-C7, sarcoïdose), dont il convient d'examiner s'ils étaient préexistants ou non à la décision litigieuse du 1^{er} septembre 2006.

S'agissant de la sarcoïdose, diagnostiquée en décembre 2008, aucun élément au dossier ne permet de considérer que cette atteinte était antérieure à la décision attaquée, mais si tel avait été le cas qu'elle aurait été suffisamment importante pour entraîner une incapacité de travail, comme le prétend la recourante.

En effet, l'expertise judiciaire du Centre K._____ a souligné qu'il était peu probable, que l'atteinte des voies aériennes supérieures dont la recourante soutenait souffrir depuis longtemps, soit à mettre sur le compte de la sarcoïdose. En effet, les experts ont observé que la recourante avait bénéficié en 1992 d'une turbinectomie et méatotomie bilatérale et qu'il n'était dès lors pas possible de prétendre que l'atteinte des voies aériennes supérieures soit liée à la sarcoïdose, et qu'en 1993, il était déjà rapporté la notion d'asthme à l'effort ce qui rendait peu probable la présence de cette maladie à cette époque. Par ailleurs, ils estimaient que l'atteinte de la muqueuse nasale dans la sarcoïdose intéressait près de 20% des cas et se traduisait par une gêne de la

respiration nasale, ce qui n'était pas clairement annoncé par l'assurée. Quant à l'atteinte du pharynx, elle était décrite dans 5% des patients souffrant de sarcoïdose et s'exprimait par une raucité de la voix, une respiration sifflante et un stridor ce qui n'était pas non plus W._____a estimé qu'il ne pouvait mettre en relations les constatations succinctes de son rapport du 22 mars 2006, à savoir «toux sur probable hyperréactivité bronchique» avec la sarcoïdose et que la radiographie du thorax était décrite comme normale, sans «foyer». Comme évoqué précédemment, même si cette atteinte était antérieure à la décision litigieuse, les experts judiciaires ont clairement indiqué qu'elle n'interférait pas avec les échanges gazeux ou avec la fonction respiratoire, de sorte qu'elle n'était pas limitative dans l'activité de vendeuse («la sarcoïdose pulmonaire n'a pas déterminé d'incapacité de travail ni d'ailleurs l'infection tuberculeuse latente traitée en 2010, puisque asymptomatique», cf. rapport d'expertise p. 25).

Concernant la problématique de la hernie discale C6-C7, les documents médicaux au dossier ne permettent pas d'établir que cette atteinte ait été d'une importance telle qu'elle aurait influencé la capacité de travail de la recourante. En 1999, l'IRM effectuée a mis en évidence une protrusion, sans hernie discale (IRM du 13 septembre 1999). Le CT cervical effectué le 18 janvier 2001 n'a pas montré de modification par rapport à 1999, notamment il n'existait pas de hernie discale ni de canal cervical rétréci. Dans un rapport médical du 29 mars 2004, la Dresse T._____ a évoqué une discopathie C6-C7 avec petite hernie paramédiane gauche, précisant toutefois que la situation était stable, sous traitement conservateur. Il n'y avait à ce stade aucun indice d'une incapacité de travail liée à cette atteinte, ce qui est d'ailleurs confirmé par le rapport médical du Dr W._____ du 9 octobre 2009 produit par la recourante. Ainsi, le fait que la hernie discale était probablement présente en 2004 ne signifie pas encore qu'elle ait engendré une incapacité de travail de la recourante susceptible d'influencer sa capacité de gain et donc le taux d'invalidité. Dans le même sens, l'IRM effectuée le 6 juin 2005 - sur lequel s'est basé le SMR pour établir son rapport du 1^{er} septembre 2005 et retenir une incapacité de travail inchangée depuis le 15 décembre

2004 - montrait des protrusions discales qui correspondaient vraisemblablement à des hernies sous-ligamentaires et qui ne sténosaient pas les trous de conjugaisons. Quant à l'IRM du 3 juillet 2006, elle a mis en évidence la présence de protrusions, sans hernie discale. Dans son rapport du 28 juillet 2008, le Dr H._____ parle d'une véritable aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 2005 en raison de la hernie discale C6-C7 constatée par l'IRM du 23 avril 2008, sans toutefois justifier de manière objective le fait que cette dernière ait pu influencer la capacité de travail de la recourante. Aussi, l'argument de cette dernière selon lequel cet élément n'aurait pas été pris en considération dans l'appréciation du cas et qu'il aurait eu une influence sur la décision litigieuse tombe à faux, étant précisé qu'un examen dans le cadre d'une nouvelle révision n'est pas exclu.

7. a) 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.

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après: ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative

dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressée n'a plus repris d'activité professionnelle depuis la fin de l'année 1995. En revanche, il convient de se placer au moment où les conditions de la révision sont réalisées pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence en 2005 (année de l'amélioration durable de l'état de santé de la recourante), contrairement au calcul effectué par l'intimé.

S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, il y a lieu de se référer au revenu de 43'975 fr., lequel ressort de l'extrait de compte individuel AVS de la recourante pour l'année 1994. Ce montant doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux entre 1995 et 2005. Le salaire sans invalidité ainsi adapté et arrondi s'élève à 50'032 fr. 50 (+ 1.3 en 1995; + 1.3 en 1996; + 0.5 en 1997; + 0.7% en 1998; + 0.3% en 1999; + 1.3% en 2000; + 2.5% en 2001; + 1.8% en 2002; + 1.4% en 2003; + 0.9% en 2004; + 1% en 2005; cf. Indice suisse des salaires publié par l'Office fédéral de la statistique).

S'agissant du revenu d'invalidé réalisable en 2005, il se base sur le salaire mensuel brut de 3'893 fr. tel que ressortant de l'ESS 2004, soit un revenu annuel brut (part au 13^e salaire comprise) de 46'716 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le secteur d'activité concerné, soit 41.6 heures en 2005 (La Vie économique 12-2006, p. 82 tableau B 9.2), on obtient un revenu d'invalidé annuel brut de 48'584 fr. 65 ($[46'716 \text{ fr.} / 40] \times 41.6$). Etant donné l'évolution moyenne des salaires de 2004 à 2005 (+1% [La Vie économique 12-2006, p. 83, tableau B.10.2]), le salaire est de 49'070 fr. 50.

Compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles, l'intimé a considéré qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé était justifié. Partant, après déduction d'un abattement de 10% et en tenant compte de la capacité de travail de la recourante limitée à 80%, le revenu d'invalidé réalisable en 2005 s'établit en définitive à 35'330 fr. 75.

Après comparaison entre le revenu sans invalidité (50'032 fr. 50) et celui d'invalidé (35'330 fr. 75), il en résulte une perte de gain de 14'701 fr. 75 correspondant à un degré d'invalidité de 29.38% ($14'701 \text{ fr.} 75 / 50'032 \text{ fr.} 50 \times 100$), conduisant à la suppression de la rente dès le 1^{er} avril 2005 (art. 88a al. 1 RAI). A noter que la prise en compte d'un abattement de 20% ne serait pas de nature à modifier le droit aux prestations de la recourante.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise complémentaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (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 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

9. **a)** En conclusion, le recours doit être très partiellement admis, et pour le surplus la décision attaquée doit être réformée en ce sens que la rente est supprimée dès le 1^{er} avril 2005.

b) La loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité a été modifiée par la loi du 16 décembre 2005, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006. Une des innovations de cette loi a été de remplacer la procédure d'opposition par une procédure de préavis, ce qui a notamment entraîné la modification de l'article 69 LAI s'agissant des frais de justice. Les dispositions transitoires relatives à dite modification prévoient que l'ancien droit s'applique :

a) aux décisions rendues par l'office AI, mais pas encore passées en force au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 16 décembre 2005;

b) aux oppositions pendantes auprès de l'office AI au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 16 décembre 2005;

c) aux recours pendants devant le tribunal cantonal des assurances ou le Tribunal fédéral des assurances ou auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 16 décembre 2005.

Aucune des hypothèses précitées n'est remplie dans le cas d'espèce, de sorte que c'est l'article 69 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} juillet 2006 qui est applicable. Aussi, 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. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton

(art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant que très partiellement gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

c) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jérôme Benedict à compter de novembre 2007 (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense de la recourante de 25 heures et 24 minutes. Après examen, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté. Le tarif applicable est de 180 fr./heure (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]). Ainsi, Me Benedict a droit à un montant de 4'937 fr., arrondi à 4'940 fr., TVA (8%) comprise (4'572 fr. + 365 fr. 75).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenu d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est très partiellement admis s'agissant de la suppression de la rente entre le 1^{er} avril 2004 et le 30 juin 2004. Il est rejeté pour le surplus.

- II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} septembre 2006 par l'Office de l'assurance-invalidité est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière ininterrompue jusqu'au 1^{er} avril 2005, date à laquelle elle est supprimée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- V. L'indemnité d'office de Me Jérôme Benedict, conseil de la recourante, est arrêtée à 4'940 fr. (quatre mille neuf cent quarante francs).

- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jérôme Benedict (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :