

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 juin 2009

---

Présidence de M. DIND  
Juges : MM. Jomini et Abrecht  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Tannay, recourante, représentée par Me Guy Bernard Dutoit,  
avocat à Bernex (GE),

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-  
après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 6 ss, 43 LPGA; 4, 28 LAI; 29bis, 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_, née en 1959, mariée, mère de deux enfants nés en 1995 et 2002, a travaillé comme aide de cuisine au service de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ depuis le 16 mars 1988. Elle a déposé le 12 février 1997 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles (orientation et reclassement). Elle fait état d'une hernie discale. A la suite de son accouchement, celle-ci a été aggravée par des problèmes cervicaux provoquant des vertiges et des pertes d'équilibre due à l'inflammation depuis septembre 1995. D'un questionnaire pour l'employeur complété le 22 juillet 1997, il ressort que l'intéressée percevait un salaire mensuel de 2'583 fr. 35 depuis 1993, servi treize fois l'an, pour un taux d'activité de 60%.

Dans un rapport du 18 juillet 1997, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, indique une incapacité de travail de 50% depuis le 16 octobre 1996 pour une lombosciatalgie droite sur hernie discale L5-S1 récidivante et un état dépressif réactionnel.

Suivant un questionnaire complété sur formule ad hoc le 27 septembre 2001, en bonne santé, l'assurée travaillerait à 60% par nécessité financière.

Le 9 avril 2002, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique à [...], atteste une incapacité dans l'activité actuelle, mais une capacité dans une activité adaptée, avec position alternée debout/assise et sans manutention d'objets lourds, à raison de six heures par jour.

Une enquête ménagère du 9 octobre 2002 conclut à des empêchements d'un taux de 55% dans les tâches ménagères dès le 1<sup>er</sup> juin 1997, la part dévolue à celles-ci dans la répartition des activités s'élevant à 40% pour un taux d'activité lucrative de 60%.

Dans un avis médical du 25 octobre 2002, le Dr W. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) propose de compléter l'instruction du dossier sur divers points, ce qui devrait l'amener à pouvoir se prononcer sur la période s'étendant de 1995 à 1997, et se prononcer définitivement sur la période entre 1997 et 2002, pour laquelle, compte tenu des éléments à sa disposition (état de santé stationnaire en cinq ans, absence de déficit neurologique au membre inférieur droit, absence d'incapacité de travail de longue durée), l'assurée n'a pas droit à des prestations de l'AI.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 20 novembre 2002, le service du personnel de l'entreprise B. \_\_\_\_\_ a indiqué que, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1997, l'intéressée travaille en qualité d'employée de production à raison de 18 heures par semaine soit un taux d'activité de 30% pour un salaire horaire de 20 fr. depuis le 1<sup>er</sup> juin 2000.

D'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI le 10 avril 2003, on apprend que l'intéressée, au bénéfice d'un contrat sur appel, n'a été que très peu appelée depuis le mois d'octobre 2002, en raison du manque de travail auprès de l'entreprise B. \_\_\_\_\_, alors qu'un certain nombre d'heures lui avait été garanti initialement.

En date du 29 avril 2004, le Dr S. \_\_\_\_\_ indique qu'il n'a pas revu l'assurée entre octobre 2001 et février 2004, date à laquelle elle est venue le consulter pour une cervico-brachialgie droite, en cours d'investigations et traitement. Il diagnostique des cervico-brachialgies droites non déficitaires, existant depuis un an, ainsi que des lombalgies, ces dernières étant selon lui sans répercussion sur la capacité de travail. S'il estime que l'activité exercée jusqu'ici est exigible à 50%, il ne se prononce en revanche pas sur le taux d'activité exigible dans une profession adaptée. Il déclare ne pas pouvoir répondre à la question de savoir pour quelle raison plus aucune autre activité n'est exigible, en raison des troubles en cours de traitement. Pour l'essentiel, une activité impliquant une position à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, le port de charges supérieures à 5 kg, un horaire irrégulier ainsi que des

déplacements sur un sol irrégulier ou en pente devrait être évitée. Il juge l'état de santé stationnaire.

Dans un rapport du 4 mai 2004, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, a indiqué ce qui suit :

"A part un épisode de lombosciatique étroite en janvier 2003 traité par AINS avec un effet favorable, j'ai traité la patiente depuis novembre 2001 que pour des affections bénignes qui n'ont pas engendré d'incapacité de travail. En avril 2004, j'ai prescrit un arrêt de travail à 100% du 27.04.04 au 07.05.04 suite à une contusion/écrasement de la base du pouce droit".

Dans un avis neurologique du 7 mai 2004 adressé au Dr S.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH, indique ce qui suit :

"(...) [E]lle [R.\_\_\_\_\_, réd.] présente depuis une dizaine de mois une cervico-brachialgie droite prenant son origine dans la région sus-scapulaire et irradiant sur la face latérale externe du membre supérieur droit, avec une impression de main lourde. Elle décrit parfois quelques fourmillements dans l'ensemble des doigts. Elle ne signale en revanche pas d'apraxie de la main ni de lâchage des petits objets.

Tu la connais pour une scoliose dorso-lombaire ainsi qu'une lombosciatalgie selon S1 à droite expliquée par une protrusion discale visualisée sur le scanner lombaire au niveau L5-S1 avec une légère déviation sur la droite.

Elle pratique régulièrement des séances de physiothérapie et de chiropratique au niveau de son membre supérieur droit, qui la soulagent temporairement.

Par ailleurs, elle signale l'apparition de manière tout à fait intermittente d'un vertige qui est parfois rotatoire mais parfois décrit différemment, avec comme l'impression d'être sur un bateau, qui peut durer jusqu'à une minute. A une reprise, il semblerait qu'au volant de sa voiture, elle ait quitté la route pour rouler quelques mètres sur la partie gauche de la route et qu'elle s'en est à peine rendu compte. Cette possible suspension de la conscience ne s'est semble-t-il jamais répétée.

Parfois, la douleur de type cervico-brachialgie droite qui irradie dans la région cervicale irradie jusque dans la région occipitale et occasionne une céphalée intense. Elle ne prend pas de médication antalgique particulière."

Il indique par ailleurs que l'examen neurologique se situe globalement dans la norme, hormis l'élévation du bras droit qui provoque des douleurs, mais qui reste cependant réalisable. Dans son appréciation du cas, il conclut que

"(...) l'ensemble de la clinique oriente avant tout vers la possibilité d'une cervico-brachialgie avec une légère irradiation sensitive dans un territoire éventuellement C7-C8. Elle semble présenter au status un éventuel signe de la sonnette à droite.

Bien évidemment, j'ai de la peine à expliquer le malaise qu'elle a présenté sur la route et les vertiges intermittents qui ne sont à mon avis pas associés au problème de cette cervico-brachialgie. Une origine centrale pourrait être possible et pourrait expliquer le phénomène apraxique de la main qu'elle décrit (...)."

Suivant un questionnaire pour l'employeur complété le 28 juin 2004, l'intéressée a travaillé en tant qu'auxiliaire sur appel (employée de production) de décembre 1997 à avril 2004 (avec une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2004), le salaire mensuel supposé sans atteinte à la santé étant de 1'600 fr. Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 5 août 2004, l'entreprise Y.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée travaillait comme distributrice de prospectus et de journaux depuis le mois de mai 2003, le salaire annuel en 2004 ayant été de 10'840 fr. 30 sur 7 mois.

Dans un avis médical du SMR du 22 décembre 2004 "réactualisé le 31.01.2005", le Dr W.\_\_\_\_\_ propose que l'assurée soit convoquée au SMR pour un examen clinique rhumatologique, afin de répondre aux diverses questions figurant sur l'avis médical de 2002.

Un examen clinique a été réalisé dans le cadre du SMR le 11 mars 2005. Le 11 avril suivant, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation FMH, retient une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et de 50% dans l'activité habituelle de l'assurée "au vu de son cursus professionnel et privé sur les 10 dernières années". Les conclusions de cet examen sont les suivantes :

"En résumé, sur le plan ostéoarticulaire, mise en évidence de pathologies dégénératives étagées siégeant au niveau du rachis cervical et lombaire. Le status clinique met en évidence un syndrome brachiocervical D, associé à une lombosciatalgie D séquellaire. Toutefois, la globalité de la symptomatologie peut difficilement être expliquée uniquement par les lésions organiques visualisées sur les examens complémentaires. Par ailleurs, l'examen clinique met en évidence une discordance entre la mobilité spontanée et la mobilité lors du status à proprement dit. Mise en évidence aussi de 5 points/5 selon Waddel et de 9 points/18 selon Smith en faveur d'une pathologie non organique.

Au vu des pathologies ostéoarticulaires mises en évidence, une activité professionnelle en charge prolongée, avec des positions du rachis en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc, et le port de charge supérieur à 10-15 kg de façons répétitives est contre indiqué ! De même une activité, avec élévation des MS à plus de 90° et des positions statiques du rachis cervical est aussi contre indiquée !

Au vu des certificats médicaux, de l'anamnèse et du vécu de cette assurée depuis 1994, date à laquelle les premiers symptômes sont apparus, à ce jour il est impossible de préciser le degré de l'IT, uniquement sur la base des pathologies mises en évidence. Lors de cette période, cette assurée a mené deux grossesses à terme (1995 et 2002) et a eu une activité professionnelle à un taux variable, vraisemblablement pour des raisons personnelles, contre indiquée par rapport aux limitations fonctionnelles liées aux pathologies présentées.

Nous pouvons raisonnablement établir que la CT de cette assurée est de 100% dans une activité adaptée et de 50% dans son activité habituelle au vu de son cursus professionnel et privé sur les 10 dernières années !

#### ***Les limitations fonctionnelles***

Pas de port de charges sup. à 15 kg, pas de mouvement en porte-à-faux du rachis, pas de mouvement en antéflexion du tronc, pas de position statique au-delà de 30 min en position debout et au-delà de 1h30 en position assise, possibilité de varier les positions de façon régulière et à sa guise. Absence de position statique du rachis cervical, absence de mouvement en élévation au-delà de 90° des MS.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*** Impossible de répondre de façon précise à cette question (Cf différents rapports médicaux au dossier). Sur la base des certificats médicaux, les seules périodes d'arrêt de travail de longue durée (plusieurs mois en continu) semblent être liées aux grossesses et aux accouchements. L'activité professionnelle à un taux variable inférieur à 100% semble être due à la conjoncture économique et à un choix personnel.

***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*** 10 ans après le début des symptômes, il est impossible de déterminer une évolution précise de la capacité de travail. Sur le plan strictement somatique une IT de 50% est justifiée dans son activité habituelle depuis mai 1995. Dans une activité adaptée la CT est de 100%.

***Concernant la capacité de travail exigible,*** actuellement, en tenant compte des pathologies ostéoarticulaires objectivables, j'estime la capacité de travail résiduelle dans l'activité exercée jusqu'à la date de son licenciement de 50%. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, cette capacité de travail peut être raisonnablement estimée à 100%.

Dans un avis du 29 avril 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_ s'exprime comme suit :

"Cette assurée 60% active, 40% ménagère, a été examinée au SMR. Le dossier est très complexe, les dates d'IT peu claires, mélangées avec celles liées aux grossesses et accouchements (1995, 2002). On tiendra compte d'une atteinte rachidienne lombaire corroborée par la clinique, présente depuis 1995, et cervicale plus récente (2002) qui imposent des limitations fonctionnelles.

Il n'est pas possible de déterminer clairement la CT pour les 10 dernières années, mais sur la base des éléments médicaux et non-médicaux au dossier, on peut admettre une diminution de la CT de l'ordre de 50% dans l'activité antérieure. En revanche, la CT dans une activité adaptée est complète, au moins depuis le 01.06.1997 (Dr S.\_\_\_\_\_) (...)."

D'une note d'entretien avec l'assurée rédigée le 10 octobre 2005 par G.\_\_\_\_\_, collaborateur auprès de l'OAI, il ressort ce qui suit :

"(...) Aux dires de notre assurée, sur le plan santé: double hernie discale; douleurs à la nuque, épaule et bras droits qu'elle ne peut pas lever, difficulté pour la conduite, ne peut plus se coiffer et a de la difficulté à passer l'aspirateur. Sur ce plan, nous n'avons rien observé de particulier durant l'entretien.

Le SMR dans son rapport d'examen du SMR du 29 avril 2005 reconnaît à notre assurée une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, dès le 1<sup>er</sup> juin 1997. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: port de charges au-delà de 15kg; porte-à-faux; position statique debout au-delà de 30', assise au-delà de 90'; positions statiques du rachis cervical; mouvements des MS en élévation au-delà de 90°.  
(...)

Sur le plan professionnel: elle a été licenciée de chez l'entreprise B.\_\_\_\_\_ en avril 2004. Horaires de travail: entreprise D.\_\_\_\_\_: aide de cuisine / de 3.1988 à 7.1992 (100%) puis 27h/s pour un horaire habituel de 42h/s (64%) -entreprise H.\_\_\_\_\_: employée de production / 18h/s dès le 1.8.1999 pour un horaire habituel de 41h/s (43%) - entreprise B.\_\_\_\_\_: employée de production auxiliaire sur appel / max. 18h/s dès le 1.8.1999 pour un horaire habituel de 41.5 h/s (43%). Aux dires de notre assurée, la baisse de salaire sur les CI entre 2001 et 2002 doit être attribuée au fait qu'il y avait moins de travail mais le contrat n'a en rien été modifié.

Elle travaille pour l'entreprise Y.\_\_\_\_\_ à [...] depuis le 21 mai 2003 en tant que distributrice de prospectus/journaux (taux d'activité: ~ 30%). Aux dires de notre assurée, le travail consiste à préparer les journaux/prospectus au dépôt de [...] et à les distribuer à [...]. Les revenus sont déclarés au nom de notre assurée qui nous affirme que le travail est effectué par son mari. Notre assurée s'occupe essentiellement de sa famille."

Dans son rapport final du 10 avril 2006, l'OAI reprend les constatations faites par le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son avis du 29 avril 2005 et ajoute que la date de l'aptitude à la réadaptation est fixée à 1997. Il relève en outre qu'en date du 27 décembre 2005, l'assurée a été convoquée dans ses locaux pour faire le point. Celle-ci se décrit plutôt comme quelqu'un d'invalidé, par exemple parce qu'elle ne peut pas lever son bras droit, qu'elle éprouve des difficultés pour la conduite de son véhicule et pour effectuer des tâches ménagères telles que passer l'aspirateur. En revanche, sur le plan professionnel, l'auteur du rapport souligne que l'intéressée exerce une activité inadaptée à sa problématique de santé puisqu'elle est distributrice de prospectus et de journaux à un taux de 30% environ. A ce sujet, l'assurée affirme que cet emploi est effectué par son mari mais qu'il est déclaré à son nom. L'auteur du rapport s'étonne en outre de ce que l'intéressée travaillait pour le compte de l'entreprise Y. \_\_\_\_\_ depuis le 21 mai 2003 alors qu'elle était en incapacité totale de travail à cette date chez l'entreprise B. \_\_\_\_\_ qui la licenciera le 30 avril 2004 pour motif économique. Dans une annexe intitulée "Détail du calcul du salaire exigible", l'OAI, se fondant sur le salaire issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) pour l'année 1997, retient, après indexation et adaptation au nombre d'heures de travail hebdomadaire fixé à 41,9 (pour l'année 1997), un salaire d'invalidé de 41'040 fr. 74 tenant compte en outre d'une réduction de 10% vu les limitations fonctionnelles nombreuses présentées par l'assurée. Quant au salaire sans atteinte à la santé, il s'élève à 48'438 fr. compte tenu des indications fournies par l'entreprise B. \_\_\_\_\_ dans le questionnaire pour l'employeur du 22 juillet 1997.

Sur la base d'un avis juriste du 18 janvier 2007, l'OAI rend un projet de décision du même jour, qui reconnaît le droit de R. \_\_\_\_\_ à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 1996, puis à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> février 1997 limitée au 31 août 1997. Il refuse cependant l'octroi de mesures professionnelles, dès lors que des activités industrielles légères sont réputées compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'intéressée et ne nécessitent en outre pas de qualifications particulières.

A la suite de ce projet de décision, R.\_\_\_\_\_ a sollicité un entretien personnel. D'un procès-verbal d'audition du 19 avril 2007, il ressort en substance qu'elle conteste le projet de décision du 18 janvier 2007, qu'elle s'est séparée de son mari au cours de l'année 2005 et a obtenu la garde de ses deux enfants. Elle fait en outre valoir que son état de santé s'est aggravé depuis plus de deux ans et qu'elle a adressé ledit projet de décision au Dr S.\_\_\_\_\_, lequel, dans un certificat médical du 14 mai 2007, indique avoir examiné l'intéressée le 26 avril 2007. A cette occasion, celle-ci s'est plainte de la recrudescence de ses douleurs cervico-brachiales droites avec irradiation à tous les doigts, et de sa lombosciatalgie droite avec irradiation au talon. A l'examen clinique, le praticien prénommé ne note cependant aucun déficit neurologique aux quatre membres. La manœuvre de Lasègue est douloureuse au niveau lombaire dès 80°. Il n'observe pour autant pas de syndrome vertébral ni de signes d'atteinte radiculaire. Les limitations fonctionnelles intéressent le port de charges de plus de 10 kg, la flexion répétitive antérieure du tronc, la marche de plus de 2 km, la position soutenue des bras au-dessus de l'horizontale. En définitive, par rapport à l'examen de 2004, le Dr S.\_\_\_\_\_ ne note aucune différence objectivable chez cette patiente qui estime pouvoir travailler à 50%.

Le 11 juillet 2007, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, de sorte que son projet de décision du 18 janvier précédent devait être entièrement confirmé.

Par deux décisions du 28 février 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 janvier 2007. Dans une première décision, il a reconnu en faveur de R.\_\_\_\_\_ le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 1996 au 31 janvier 1997, le degré d'invalidité étant de 100%, tandis que dans une seconde décision, il a reconnu à la prénommée le droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 1997 au 31 août 1997, le degré d'invalidité étant de 50%. L'OAI reconnaît également dans ces deux décisions le droit à une rente d'invalidité pour l'enfant Nabila, née en 1995. Dans la motivation, il explique que c'est sur la base des informations

médicales au dossier qu'il a reconnu le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 1996, puis le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> février 1997 jusqu'au 31 août 1997, soit 3 mois après la stabilisation de l'état de santé de l'intéressée, fixée au mois de juin 1997. Quant à la comparaison des gains, l'OAI a retenu un revenu annuel d'invalidé, après indexation et adaptation du taux horaire, de 23'595 fr. 85 issu de l'ESS et tenant compte d'un abattement de 10%, pour un taux d'activité à 60%, alors que sans invalidité, l'assurée pourrait prétendre un revenu annuel de 29'062 fr. 20, d'où un taux d'invalidité de 18,8% pour la seule activité lucrative. Or, comme l'intéressée exerce une activité lucrative à 60% et des tâches ménagères à hauteur de 40%, la pondération des empêchements correspondants conduit à un taux d'invalidité de 22,08%, compte tenu d'empêchements ménagers atteignant 27%. L'OAI constate donc que, dès le mois de juin 1997, l'assurée ne subit plus de préjudice économique ouvrant le droit à une rente, des mesures professionnelles n'étant au surplus pas nécessaires pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet de décision du 18 janvier 2007.

**B.** C'est contre les deux décisions du 28 février 2008 précitées que R.\_\_\_\_\_, représentée par l'avocat Guy Bernard Dutoit, a recouru par acte du 14 avril 2008. Elle conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de ces deux décisions et à ce que l'OAI soit condamné à lui verser la somme de 640'408 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> septembre 1997. En s'appuyant sur le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 29 avril 2004, elle fait pour l'essentiel valoir qu'elle ne peut plus travailler et qu'il ne saurait être exigé d'elle, compte tenu de son état, qu'elle exerce une activité lucrative. Tout en soulignant la lenteur de la procédure administrative, elle conclut à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée rétroactivement à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1997 à ce jour, soit, selon ses calculs, un montant de 321'208 fr. Pour ce qui est du préjudice ménager, la recourante évalue à 30 heures par semaine le temps consacré aux tâches ménagères pour un ménage composé de trois personnes (soit elle-même et ses deux enfants). De la date de la maladie invalidante à ce jour, elle évalue le préjudice ménager à 10'640 heures, ce qui la conduit à réclamer un montant de 319'200 fr. sur la base d'un tarif horaire de 30 fr.

en usage dans le canton de Vaud. Au titre des mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de procéder à un bilan médical de son état de santé.

Dans sa réponse du 7 juillet 2008, l'OAI explique que la recourante ne fournit aucun élément nouveau qui lui permettrait de modifier sa position. Il n'y a en particulier aucun indice en faveur d'une aggravation de la situation depuis l'examen clinique du 11 mars 2005, le certificat médical établi par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 14 mai 2007 n'étant d'aucun secours pour la recourante, de sorte qu'une nouvelle expertise ne lui paraît pas nécessaire, ce qui le conduit à proposer le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Parties ont maintenu leur position au cours de l'échange d'écritures ultérieur.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est

immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour en corps et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr.

**2. a)** Dans le cadre d'un contentieux objectif (sur cette notion, cf. Moor, Droit administratif, volume II, 2<sup>e</sup> éd., Berne 2002, pp. 530 ss.), l'objet du litige est doublement circonscrit, à savoir par la décision attaquée, d'une part, et par les griefs formulés par le recourant contre celle-ci, d'autre part. En effet, le juge ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, conformément au principe dit du grief ("Rügeprinzip"), 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 est faite à cette règle lorsque les points non critiqués par le recourant ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413; ATF 110 V 48, RCC 1985 p. 53).

**b)** Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'AI dès le 1<sup>er</sup> septembre 1997 (cf. la conclusion II [recte : III] du recours).

**3.** 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 du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3). Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité, laquelle prendrait naissance au plus tôt le 1<sup>er</sup> septembre 1997 doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2003, respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références;

voir également ATF 130 V 329). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1).

Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5147), n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

**4. a)** Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, 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.

**b)** Le droit de l'assurance-invalidité a connu une réforme spécifique, en ce sens que l'échelonnement des rentes a été modifié avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2004 (4<sup>e</sup> révision de la LAI, loi fédérale du 21 mars 2003, RO 2003 3837). Cela étant, comme on le verra ci-après, la modification de l'art. 28 al. 1 LAI n'a pas modifié les conditions d'octroi du quart de rente, qui présuppose une invalidité à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'art. 28 al. 1 LAI disposait que 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

**5.** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'ancien article 41 LAI (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 155 consid. 2; voir ATF 130 V 343 consid. 3.5). La teneur de cette disposition, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, a été reprise en

substance par l'art. 17 LPGA, aux termes duquel, 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 (al. 1).

La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 41 LAI est applicable par analogie. Elle prévoit notamment que tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), aux termes duquel, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (ATF 125 V 413 consid. 2d; VSI 2001 p. 274 consid. 1a et les références).

En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable; l'art. 29bis RAI - qui prévoit que si la rente a été supprimée du fait de

l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi - est toutefois applicable par analogie.

**6. a)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional (SMR) au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 9C\_76/2008 du 30 septembre 2008 consid. 3.6.1).

Cela étant, 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 confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc

et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3).

**b)** En application de l'art. 57 al. 1 let. f LAI, il appartient aux offices AI d'évaluer l'invalidité des assurés. Pour ce faire, ils doivent procéder à une instruction exhaustive, notamment sur le plan médical. A teneur de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235 consid. 4).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en

raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

**7.** En l'espèce, il s'agit tout d'abord de déterminer les éléments sur lesquels l'office intimé s'est fondé pour prendre sa décision, dans la mesure où ceux-ci ne ressortent pas clairement de la motivation jointe aux deux décisions du 28 février 2008. Ne sont en particulier pas discutés les éléments médicaux permettant de fixer la capacité de travail à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans un emploi adapté, comme ceux qui amènent l'office intimé à admettre une amélioration de l'état de santé à partir de juin 1997.

En seconde instance, le conseil de la recourante fait valoir ce qui suit dans son mémoire (p. 7) :

"Il ressort clairement du rapport médical du 29 avril 2004 du Dr S.\_\_\_\_\_ que la recourante ne pouvait rester assise plus de 4 heures, debout plus de 2 heures, dans la même position plus de 2 heures, ne pouvait être en position à genoux, ni accroupie, ni incliner le buste, ni parcourir un périmètre de marche à pied, ni utiliser les 2 bras, ni lever ou porter un poids excédant 5 kgs, ni se baisser, ni faire des mouvements des membres ou du dos occasionnels, ni suivre un horaire de travail irrégulier, de nuit ou du matin, ni travailler en hauteur, ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente, ni travailler dans un environnement froid, bruyant ou poussiéreux.

La recourante ne peut plus travailler et il ne peut être exigé d'elle, compte tenu de son état, d'exercer une activité lucrative.

Il y a lieu en outre de considérer que la recourante n'a cessé de se plaindre de douleurs qui l'habitent depuis 1996, date du début de la rente d'assurance-invalidité. Récemment le médecin de famille a même indiqué à la recourante qu'elle ne pouvait pas rester plus de 45 minutes assise. En raison de scoliose et d'une hernie discale, l'état de santé de la recourante n'a cessé de se détériorer."

En supprimant le droit à une demi-rente d'invalidité avec effet au 31 août 1997, l'OAI reconnaît par là même que l'état de santé de l'assurée s'est stabilisé dès le 1<sup>er</sup> septembre 1997. Sur le fond, la question est dès lors de savoir si l'OAI a supprimé à juste titre la demi-rente à la date indiquée.

Il y a lieu de distinguer la période antérieure et la période postérieure au 1<sup>er</sup> septembre 1997.

### ***Période antérieure au 1<sup>er</sup> septembre 1997***

**a)** Dans un avis médical du 25 octobre 2002, le SMR (sous la plume du Dr W.\_\_\_\_\_) expose que le Dr S.\_\_\_\_\_ avait admis, dans un rapport du 6 octobre 1998, une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> juin 1997 dans une activité adaptée, ainsi que dans l'activité d'aide de cuisine, vu une évolution favorable de l'état de santé, laquelle ne justifiait d'ailleurs plus à ses yeux la mise en œuvre de mesures professionnelles. Or, selon le rapport de l'employeur B.\_\_\_\_\_ du 22 juillet 1997, il appert que l'incapacité de travail de l'intéressée s'est prolongée à 50% jusqu'au 14 juin 1997, puis à 100% du 15 au 22 juin 1997, puis de nouveau à 50% jusqu'au 29 novembre 1997, sans que l'on sache qui a signé les certificats médicaux motivant l'incapacité de travail, ni quelle atteinte à la santé en justifie la prolongation. Pour ces raisons notamment, le Dr W.\_\_\_\_\_ a ainsi proposé de compléter l'instruction à ce sujet pour la période s'étendant du 1<sup>er</sup> juin 1997 au 29 novembre suivant, dès lors que des attestations d'incapacité de travail avaient été délivrées.

Cela étant, le dossier ne contient aucune pièce indiquant que le Dr S.\_\_\_\_\_ ait contredit, par la suite, son avis pour la période concernée (été 1997). De son côté, le Dr L.\_\_\_\_\_ relève ceci dans son rapport du 11 avril 2005: "10 ans après le début des symptômes, il est impossible de déterminer une évolution précise de la capacité de travail".

En résumé, il y a lieu de retenir que les deux avis du SMR remplissent les réquisits jurisprudentiels pour avoir force probante (cf.

supra consid. 6a) en tant qu'ils établissent une évolution favorable *en été 1997*, d'une part, et l'impossibilité d'obtenir a posteriori une analyse plus précise pour la situation médicale à cette époque, d'autre part. Au vrai, comme les deux décisions attaquées concernent globalement les années 1996-1997, il y a lieu d'admettre que la juridiction de céans dispose de suffisamment d'éléments pour considérer qu'elles ne violent ni l'une ni l'autre le droit fédéral. C'est donc à juste titre que l'OAI a supprimé toute rente postérieurement au 31 août 1997, considérant sur la base des deux avis précités que la recourante jouit d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et de 50% dans son activité habituelle, l'état de santé de la recourante ayant été considéré comme stabilisé dès le mois de juin 1997.

Les deux décisions de l'OAI du 28 février 2008 seront donc confirmées.

Au reste, il sied de relever que la conclusion II du recours (recte : III) ne porte que sur l'octroi de prestations *dès le 1<sup>er</sup> septembre 1997*.

### ***Période postérieure au 1<sup>er</sup> septembre 1997***

**b)** Autre est cependant la question de déterminer si, dans l'intervalle et vu les nouveaux rapports médicaux qui ont été versés au dossier, l'évolution de la situation de l'assurée justifiait l'octroi d'autres prestations. En d'autres termes, dans la période de pratiquement dix ans (1997-2008) qui s'est écoulée entre la demande de prestations et la décision de l'OAI, la question se pose d'une évolution des circonstances propre à justifier un réexamen aux conditions de l'art. 87 RAI.

Dans son avis médical du 25 octobre 2002, le Dr W. \_\_\_\_\_ relève que le Dr K. \_\_\_\_\_, qui "suit" l'assurée depuis le 14 février 2000, a reconnu une incapacité de travail entière du 18 au 28 février 2000, ce praticien admettant que le travail d'aide de cuisine n'est pas médicalement exigible. A la lecture de l'enquête ménagère du 9 octobre

2002, le Dr W.\_\_\_\_\_ estime ensuite qu'il n'est pas crédible que près de la moitié des empêchements concernent la préparation des repas (rubrique 6.2) s'agissant d'une femme dont le métier consiste précisément à préparer des repas, dès lors que, vu ses problèmes de dos, son mari lui apporte son aide et qu'elle peut, à domicile, varier ses positions et éviter le port de charges. En outre, il se montre sceptique quant à la manière dont les courses sont réparties (rubrique 6.4), dès lors que son mari devrait lui offrir son aide. Il considère ainsi que la part de l'empêchement ménager global ne devrait pas excéder 27%. Aussi, avant de proposer que l'instruction du dossier soit complétée, le Dr W.\_\_\_\_\_ constate que le dossier contient de nombreux points flous, notamment pour les années 1997 à 2002.

Dans son avis médical du 22 décembre 2004, réactualisé le 31 janvier 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_ relève ce qui suit :

"L'assurée a présenté un trouble dépressif de 95 à 97, qui n'a pas justifié de prise en charge spécialisée et dont on ne parle plus depuis lors; il n'entre donc pas en ligne de compte dans l'appréciation de la capacité de travail depuis 1997. L'accident professionnel mentionné en 1999 a justifié un seul jour d'arrêt de travail, ce en date du 31.10.99.

En outre, l'assurée présente des cervico-brachialgies D depuis pratiquement sept ans, avec des épisodes de vertiges (le tout mentionné déjà dans la demande de rente de 1997), qui n'ont jamais justifié d'incapacité de travail. La situation s'étant semble-t-il aggravée début 2004, l'assurée a été réexaminée par le Dr S.\_\_\_\_\_, puis par le Dr Q.\_\_\_\_\_, neurologue. On peut conclure à la présence de troubles dégénératifs expliquant des cervico-brachialgies en C7-C8 à D. En avril 2004, le Dr S.\_\_\_\_\_ n'a pas noté d'aggravation de la lombosciatalgie D; il n'a pas signifié d'IT. Madame a été licenciée par l'entreprise B.\_\_\_\_\_ en date du 30.04.04 pour raison économique; l'employeur signale une incapacité de travail totale du 01.11.03 au 30.04.04, mais on ignore quel médecin a signé cette IT. Depuis le 21.05.03, Madame travaille à 30% chez l'entreprise Y.\_\_\_\_\_ pour la préparation et distribution de prospectus et de journaux: au 05.08.2004, le salaire sur 14 mois correspond au rendement de l'assurée (il est pratiquement le même que chez l'entreprise B.\_\_\_\_\_): comment a-t-elle pu travailler avec des salaires corrects chez l'entreprise Y.\_\_\_\_\_, alors qu'elle était en IT totale chez l'entreprise B.\_\_\_\_\_ ???

(...) Je n'arrive vraiment pas à conclure et je propose que Madame soit convoquée au SMR pour un examen clinique rhumatologique, afin de répondre aux diverses questions figurant sur l'avis médical de 2002. (...)."

Pour sa part, le Dr L.\_\_\_\_\_, dans son avis médical du 11 avril 2005, indique que, "au vu des certificats médicaux, de l'anamnèse et du vécu de cette assurée depuis 1994, date à laquelle les premiers symptômes sont apparus, à ce jour il est impossible de préciser le degré de IT, uniquement sur la base des pathologies mises en évidence. Lors de cette période, cette assurée a mené deux grossesses à terme (1995 et 2002) et a eu une activité professionnelle à un taux variable, vraisemblablement pour des raisons personnelles, contre indiquée par rapport aux limitations fonctionnelles liées aux pathologies présentées". A la question de savoir depuis quand il y a une incapacité de travail de 20% au moins, le Dr L.\_\_\_\_\_ déclare qu'il est impossible de répondre de façon précise. "Sur la base des certificats médicaux, les seules périodes d'arrêt de travail de longue durée (plusieurs mois en continu) semblent être liées aux grossesses et aux accouchements. L'activité professionnelle à un taux variable inférieur à 100 % semble être due à la conjoncture économique et à un choix personnel". Pour ce qui est de l'évolution de la capacité de travail, il indique que "10 ans après le début des symptômes, il est impossible de déterminer une évolution précise de la capacité de travail".

Dans son avis médical du 29 avril 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_ se fait l'écho de ce qui précède en signalant que les dates d'incapacité de travail sont peu claires, mélangées avec celles liées aux grossesses et accouchements (1995 et 2002). "On tiendra compte d'une atteinte rachidienne lombaire corroborée par la clinique, présente depuis 1995, et cervicale plus récente (2002) qui imposent des limitations fonctionnelles" et il conclut qu'"il n'est pas possible de déterminer clairement la capacité de travail pour les dix dernières années".

Quant au rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 14 mai 2007, il ne fait état d'aucun déficit neurologique aux quatre membres, aucun syndrome vertébral ni signes d'atteinte radiculaire n'étant de surcroît relevé. En outre, par rapport à son examen de 2004, ce médecin n'observe aucune différence objectivable chez l'assurée, laquelle estime pouvoir travailler à 50%.

En définitive, il appert que l'instruction de la présente cause présente des lacunes pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> septembre 1997, dans la mesure où les différentes périodes d'incapacité de travail ne sont pas clairement établies, pas plus que l'apparition d'un éventuel élément postérieur à cette date justifiant, le cas échéant, la reprise du versement des prestations par l'AI. En effet, les faits déterminants ne paraissent pas suffisamment élucidés et le dossier constitué ne permet pas de clarifier les aspects médicaux du cas. Les pièces versées au dossier ne permettent ainsi pas de déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1) l'évolution de la situation médicale de l'intéressée. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'office intimé afin que celui-ci en complète l'instruction de manière à déterminer à partir de quel moment l'état de santé de la recourante s'est, le cas échéant, détérioré, puis rende une nouvelle décision relativement au droit à des prestations postérieurement au 31 août 1997.

**c)** Au vu de ce qui précède, il y a donc lieu d'admettre partiellement le recours en ce sens que les deux décisions rendues le 28 février 2008 par l'OAI sont confirmées en tant qu'elles reconnaissent un droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> août 1996 au 31 janvier 1997 et un droit à une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 1997 au 31 août 1997, mais que l'OAI est invité à rendre une nouvelle décision au sens des considérants, après une instruction complémentaire, sur la question du droit à des prestations postérieurement au 31 août 1997.

**8.** Dans son argumentation, la recourante fait valoir qu'elle a dû attendre plus de douze ans pour obtenir une décision de l'OAI, et que cette attente relève selon elle du déni de justice formel. Dans les conclusions du recours, elle ne présente toutefois aucune prétention qui serait fondée spécialement sur le retard à statuer. Il suffit ici de constater que l'OAI a rendu finalement une décision, qui a pu faire l'objet d'un contrôle judiciaire. Il convient également de remarquer que la recourante n'avait pas requis en vain de l'OAI qu'il statue dans son affaire.

Le renvoi de la cause à cet office, en vertu du présent arrêt, n'est en lui-même pas constitutif de déni de justice formel car, vu les questions encore litigieuses, un complément d'instruction au stade administratif – notamment au moyen d'avis du SMR – est la solution la plus expédiente pour que la situation de la recourante soit enfin éclaircie (cf. supra, consid. 6b). Cela étant, il incombera à l'OAI de statuer dans les meilleurs délais.

**9. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD; cf. consid. 1 supra), des frais de justice ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss. LAI.

**b)** La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA; art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, lesquels doivent être fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens réduits.

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

- I.** Le recours est partiellement admis en ce sens que les deux décisions rendues le 28 février 2008 par l'OAI sont confirmées en tant qu'elles reconnaissent un droit à une rente entière du

1<sup>er</sup> août 1996 au 31 janvier 1997 et un droit à une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 1997 au 31 août 1997, mais que l'Office AI est invité à rendre une nouvelle décision au sens des considérants, après une instruction complémentaire, sur la question du droit à des prestations postérieurement au 31 août 1997.

**II.** La recourante a droit à une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à la charge de l'office intimé.

**III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Guy Bernard Dutoit (pour R. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :