

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 février 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D. _____, à Yvonand, recourante,

et

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

**Art. 29 al. 2 Cst.; 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI;
88a al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. D. _____ (l'assurée), née en 1962, mère de trois enfants (nés respectivement en 1986, 1987 et 1997), est titulaire d'un diplôme de secrétaire médicale obtenu en 2001. Elle a exercé cette profession à l'hôpital d'U. _____ dès le 24 septembre 2001. Le 4 octobre 2001, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation; alors qu'elle se rendait à son travail au volant de son véhicule, celui-ci a glissé sur la chaussée mouillée, provoquant une embardée et percutant un poteau. L'assurée a d'abord heurté le siège passager puis la vitre de sa portière. Elle a consulté le jour même le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine générale, à C. _____, qui a posé le diagnostic de décompensation traumatique d'une cervicarthrose (rapport du 10 avril 2003).

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières pour une incapacité de travail totale. Des douleurs de la nuque ainsi que des céphalées ont persisté malgré le traitement antalgique et anti-inflammatoire suivi par l'assurée. Par décision du 22 avril 2003, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet dès le 1^{er} mai 2003, en se référant notamment à un rapport d'expertise établi le 21 mars 2003 par le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon ce médecin, les symptômes dont souffrait l'assurée n'étaient plus en rapport de causalité avec l'accident du 4 octobre 2001. Ce rapport faisait suite à un examen effectué le 4 février 2003 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr S. _____, spécialiste FMH en chirurgie.

B. Entre-temps, D. _____ avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), le 19 février 2003, tendant à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente.

D'un questionnaire pour l'employeur complété le 12 mars 2004, il ressort que l'assurée travaillait en tant que secrétaire médicale 8h30 par jour, 5 jours par semaine pour une rétribution horaire de 25 fr.

Sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr K._____ a effectué une nouvelle expertise en vue d'établir plus particulièrement la capacité de travail résiduelle dont disposait l'assurée. Dans un rapport du 15 mars 2004, l'expert a posé les diagnostics suivants :

« A.- une spondylose-spondylarthrose de toute la colonne vertébrale, avec dos plat enraidé + mini-scoliose gauche, à sommet D10 (découlant d'une dystrophie rachidienne de croissance), qui est potentiellement susceptible de faire récidiver, chez elle, des rachialgies cervicales, une irritation radiculaire gauche ou droite du plexus brachial, voire quelques dorsalgies ou dorso-lombalgies banales,

B.- des altérations dégénératives et une raideur sensiblement plus marquées du bas de la colonne lombaire, dont l'aplatissement se transforme soudain en lordose accusée, plus sacrum acutum, à l'étage lombo-sacré, avec: pincements intersomatiques postérieurs sévères, protrusions ostéophytaires plus que discales, sans compression de racines nerveuses, feutrage endocanalaire par irritation des petites articulations interarticulaires postérieures L1-S1,

C.- des apophyses transverses C7 massuées, avec ébauches de côtes cervicales, responsables "d'interruptions" du pouls périphérique des membres supérieurs, qui entraînent occasionnellement des dysesthésies paresthésiques des doigts et des mains (qu'elle fait disparaître en agitant les bras au ciel et qui n'ont plus qu'une incidence minime sur sa capacité de travail) ».

Le Dr K._____ a ajouté ne pas pouvoir « se persuader » que ces atteintes entraînaient l'incapacité de travail permanente et complète alléguée par l'assurée. Il a suggéré de procéder à des examens complémentaires.

L'OAI a également confié un mandat d'expertise au Département universitaire de psychiatrie V._____. Dans un rapport du 5 avril 2005, les Drs L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et J._____ ont posé le diagnostic de trouble douloureux

associé à une affection médicale générale. Ils ont précisé que ce diagnostic était fondé sur le fait que les douleurs alléguées découlaient d'une cause somatique (spondylarthrose cervicale étendue et sévère, status post-traumatisme cervical et trouble statique avec spondylose rachidienne); cette cause jouait un rôle majeur dans l'intensité et la persistance de la douleur, les facteurs psychologiques constatés n'étant pas déterminants. Les Drs L._____ et J._____ ont également posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur isolé en 1988-1989 et de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive sur une très courte période en 1995. Il n'en résultait pas de diminution de la capacité de travail. Les experts ont précisé ne pas pouvoir évaluer l'influence des atteintes somatiques sur la capacité de travail de l'assurée, cette question sortant de leur domaine de compétence.

A la suite de cette expertise, l'OAI a ordonné un examen rhumatologique dans un Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Au terme de l'examen, pratiqué le 7 juillet 2005, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés, syndrome du défilé thoracique symptomatique à gauche, et discret syndrome rotulien bilatéral. D'après le Dr T._____, l'activité de secrétaire médicale, qui se limiterait presque exclusivement à de la frappe sur un clavier d'ordinateur, n'était pas indiquée. En revanche, pouvait être considérée comme adaptée une activité décrite comme suit :

« A) Carrefour cervico-scapulaire: pas de travail impliquant le maintien prolongé de la tête dans une position immobile (plus d'environ 15 minutes consécutivement), pas de travail imposant des mouvements amples et répétés de la tête dans quelque direction que ce soit, pas de travail impliquant le déploiement de force avec les MS (port de charges à bout de bras et de plus de 5 kg) au-dessus du plan d'un établi;

B) Rachis dorso-lombaire: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc;

C) Genoux: pas de travail impliquant des genuflexions répétées ni de travail l'obligeant à rester assise immobile pendant plus d'une heure. »

Dans une telle activité, le Dr T._____ considérait que la capacité résiduelle de travail de l'assurée était entière depuis le « printemps 2003 » (rapport du 11 juillet 2005).

L'assurée a ensuite été convoquée à un stage au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) d'Yverdon-les-Bains. Le stage a débuté le 20 mars 2006, mais dès la troisième semaine, l'assurée n'a plus été présente que de manière épisodique en raison de périodes d'incapacité de travail attestées par son médecin traitant. Dans un rapport du 9 mai 2006, le médecin-conseil du COPAI, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine interne et en néphrologie, a fait état d'une incohérence entre les plaintes exprimées par l'assurée et le peu d'éléments objectifs constatés lors des examens cliniques. C'était notamment le cas lors d'un examen pratiqué le 4 avril 2006, qui contredisait l'attestation d'une incapacité de travail totale dès cette date, établie le 6 avril 2006 par le médecin traitant de l'assurée. Le Dr Z._____ estimait la capacité de travail de l'assurée à 100 % dans une activité légère telle que décrite précédemment par le Dr T._____. Elle pouvait mettre à profit ses compétences professionnelles dans un travail léger et varié, par exemple la réception, l'assistance dans un cabinet médical (avec des tâches variées de réception, d'administration, de secrétariat, d'aide à la consultation), un travail de réception dans un laboratoire d'analyses médicales, un travail de réceptionniste dans l'hôtellerie, une grande entreprise ou un office du tourisme. Le rapport de synthèse établi le 24 mai 2006 par le COPAI rejoint ces constatations, en attestant une capacité de travail entière dans des activités de bureau variées (excluant la frappe intensive sur clavier et les positions de travail statiques), telles qu'assistante dans un cabinet médical, réceptionniste dans un centre thermal ou un hôpital, ou encore dans des activités industrielles de contrôle, manutention ou conditionnement, permettant l'alternance des positions. L'assurée devait pouvoir bénéficier d'une certaine liberté de mouvement et l'activité proposée devait lui permettre

de « ménager » la position tête penchée vers le bas ainsi que toute position statique. Un changement d'attitude de l'assurée était toutefois nécessaire à la réussite d'une réinsertion professionnelle.

C. A l'issue du stage d'observation professionnelle au COPAI, l'OAI a envisagé de proposer à l'assurée un complément de formation, à titre de mesure d'ordre professionnel, pour lui permettre de travailler comme assistante médicale ou réceptionniste. Le 26 septembre 2006, il a invité l'assurée à reprendre contact, dans un délai échéant le 20 octobre 2006, en vue de discuter de l'octroi des mesures d'ordre professionnel envisagées. Il a précisé qu'à défaut de nouvelle de sa part dans le délai imparti, il prendrait une décision en se fondant sur la capacité de gain exigible dans les professions évoquées (assistante médicale ou téléphoniste-réceptionniste). Le 29 septembre 2006, l'OAI a toutefois été informé de l'incarcération de l'assurée à la prison de [...], pour une durée de six mois. Dès la libération conditionnelle de D._____, il l'a invitée à reprendre contact pour préciser si elle souhaitait bénéficier de mesures d'ordre professionnel. Malgré plusieurs rappels, l'assurée n'a pas donné suite à cette invitation.

D. Le 15 janvier 2009, l'OAI a notifié à l'assurée le projet d'une décision d'allocation de rente pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 juillet 2003. Selon ce projet, l'octroi d'une rente était refusé pour la période postérieure; le taux d'invalidité présenté par l'assurée dès le 30 avril 2003 était évalué à 5 %, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité telle que décrite par le Dr T._____. L'OAI a retenu un salaire annuel sans invalidité de 43'615 fr. et un salaire annuel d'invalidité issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 41'289 fr. 88, après avoir procédé à un abattement de 15 %.

D._____ s'est opposée à ce projet de décision, en contestant la capacité de travail résiduelle retenue par l'OAI. Elle a notamment rappelé qu'elle avait encore effectué un stage d'observation au COPAI en mars 2006, dont le rapport final avait été établi, à tort, sans la consulter préalablement. Par ailleurs, elle avait trouvé un emploi à 50 % dans un

magasin de « broderie-confection femme et tricot », le 1^{er} octobre 2006, mais avait dû réduire son taux d'activité à 30 % en raison de son état de santé déficient et des douleurs qu'il entraînait. Elle a produit une lettre du 15 janvier 2007 de son employeur, attestant cette réduction du temps de travail.

L'OAI a maintenu son point de vue et a notifié une décision d'octroi d'une rente entière pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 juillet 2003, complétée de deux rentes pour enfants, et de refus de rente pour la période postérieure (décision du 26 octobre 2009).

E. Par acte du 25 novembre 2009, D._____ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision, en contestant pouvoir reprendre une activité à 100 % comme l'avait retenu l'OAI. Ce dernier a remis son dossier au Tribunal et s'est déterminé le 4 février 2010 en concluant au rejet du recours.

La recourante a déposé une nouvelle détermination le 26 mars 2010, à laquelle elle a joint une lettre du 26 février 2010 de son employeur, ainsi que diverses autres pièces figurant déjà au dossier de l'intimé.

Le 13 mai 2010, l'assurée a réitéré ses griefs relatifs à la rédaction du rapport du COPAI sans la consulter, en soulignant par ailleurs qu'aucune copie de ce rapport ne lui avait été adressée à l'époque. L'OAI avait par ailleurs tardé à lui communiquer son dossier, malgré ses demandes dans ce sens, puisqu'elle n'avait pas pu en prendre connaissance avant le mois d'avril 2010. Enfin, la recourante a relativisé la remarque figurant dans le rapport du COPAI, d'après laquelle il lui arrivait de rigoler comme une personne « droguée aux médicaments ». Elle a précisé que son médecin traitant s'était lui aussi posé la question d'une consommation excessive de médicaments, mais y avait répondu négativement sur la base d'un test sanguin. Cette détermination a été communiquée à l'intimé le 18 mai 2010.

Par lettre du 2 juin 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions.

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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 25 novembre 2009 par D._____ contre la décision rendue le 26 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47)

et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Bien que la recourante ne prenne pas de conclusion formelle, on peut déduire de son recours qu'elle entend obtenir le maintien du droit à la rente pour la période postérieure au 31 juillet 2003. Le litige porte donc sur le droit à la rente dès cette date.

3. a) La recourante conteste la procédure suivie par l'intimé sous plusieurs aspects. D'abord, elle soutient que le rapport final du COPAI aurait dû être établi après discussion avec elle et qu'une copie aurait au moins dû lui être communiquée. Ensuite, elle se plaint du fait que l'OAI aurait tardé à lui communiquer son dossier complet, malgré ses demandes.

b) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 c. 3.1 p. 370 et les références). En droit des assurances sociales, et en ce qui concerne plus particulièrement le droit de consulter le dossier, ces exigences sont concrétisées notamment par les art. 42 et 47 LPGA pour la procédure devant les assureurs sociaux, et par les 33 al. 1 et 35 LPA-VD pour la procédure devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

c) Aucune pièce n'indique que la recourante aurait demandé en vain à l'intimé de pouvoir consulter son dossier avant la décision litigieuse du 26 octobre 2009. Les rapports établis dans le cadre du stage

d'observation au COPAI y figuraient, de sorte que la recourante pouvait y avoir accès si elle le souhaitait. Par ailleurs, la recourante a pu s'exprimer pendant la période de stage au COPAI et son droit d'être entendue ne lui permettait pas de prétendre une invitation à discuter spécifiquement d'un projet de rapport final avant l'établissement de ce document sous sa forme définitive. Enfin, en ce qui concerne la procédure de recours contre la décision litigieuse, la recourante elle-même reconnaît avoir eu accès au dossier avant de déposer une détermination le 13 mai 2010, dont il sera tenu compte. Elle ne peut donc se prévaloir d'aucune violation de son droit d'être entendue.

4. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (RO 2003 p. 3844). Une autre version de cette disposition était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, mais la modification introduite dès le 1^{er} janvier 2004 a porté sur l'échelonnement des rentes, sans pertinence en l'espèce. Le taux d'invalidité minimum ouvrant droit à la rente est resté inchangé (cf. RO 1987 p. 447 ss).

b) L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 c. 3 p. 345 ss). 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 c. 7 p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidité ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4 p. 348 sv.).

c) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

5. a) La recourante conteste la capacité de travail résiduelle constatée par l'intimé. Ce dernier s'est toutefois fondé sur des rapports médicaux probants, en particulier sur le rapport du Dr T._____ du 11 juillet 2005, corroboré par les observations réalisées au COPAI. D'un point de vue médical, en particulier, les constatations du Dr Z._____ correspondent à celles du Dr T._____. Rien n'indique que ces médecins auraient négligé l'importance des atteintes à la santé physique de la recourante pour évaluer sa capacité résiduelle de travail, ni qu'ils auraient pris en considération un abus de médicament de la part de la recourante pour fonder leurs constatations. Ces dernières sont d'ailleurs tout à fait compatibles avec celles précédemment effectuées par le Dr K._____, dans les rapports d'expertise des 21 mars 2003 et 15 mars 2004, ainsi que par le Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA, dans un rapport du 4 février 2003. Le Dr S._____ précisait n'avoir pas constaté de syndrome vertébral significatif ni de signe d'atteinte radiculaire lors des derniers examens qu'il avait pratiqués; dans le même sens, le Dr K._____ a exposé dans son rapport du 21 mars 2003 que sur le plan objectif, les éléments qui auraient dû corroborer les plaintes de l'assurée « se faisaient toujours moins évidents, plus discrets, plus aléatoires ».

La recourante se prévaut de plusieurs certificats d'incapacité de travail établis par son médecin traitant. Ils ne sont toutefois pas motivés et ne revêtent donc qu'une valeur probante insuffisante pour mettre en doute la capacité de travail résiduelle attestée par le Dr T._____. Quant aux constatations de l'employeur auxquelles se réfère la recourante, elles ne sont pas de nature à établir que l'incapacité de travail alléguée reposerait sur des motifs d'ordre médical. L'employeur semble d'ailleurs se méprendre sur la nature des atteintes à la santé de la recourante, puisqu'il évoque une sclérose en plaque alors qu'aucun des médecins consultés ne retient ce diagnostic.

b) Il résulte de ce qui précède que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail depuis le mois de mars 2003, dans une activité n'impliquant pas le port prolongé de la tête dans une position immobile, ni de réaliser des mouvements amples et répétés de la tête, ni d'utiliser en force les membres supérieurs au dessus du plan d'un établi ou pour le port répété de charges excédant cinq kilogrammes. Elle doit pouvoir alterner une fois par heure les positions assise et debout et éviter les travaux en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Enfin, elle ne peut pas exercer d'activité nécessitant de s'agenouiller de manière répétée. Contrairement à ce que soutient la recourante, le fait qu'elle ait effectué un stage au COPAI en 2006 ne permet pas d'exclure une telle capacité de travail dès le printemps 2003 déjà, comme l'a exposé le Dr T. _____ en se référant de manière convaincante aux examens médicaux réalisés à l'époque sur mandat de la CNA, ainsi qu'à des radiographies du rachis lombaire réalisées en juillet 2003.

6. Partant de ce même constat, l'intimé a établi le taux d'invalidité de l'assurée en procédant à une comparaison du revenu qu'elle aurait pu réaliser sans invalidité avec celui que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle eu égard à sa capacité de travail résiduelle, conformément à l'art. 7 al. 1 LPGA. L'OAI a pris en considération un salaire annuel brut de 43'615 fr. à titre de revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans atteinte à la santé, en 2003. Ce montant correspond au plus haut revenu annuel réalisé par l'assurée jusqu'alors sans invalidité. Il convient toutefois de prendre en considération qu'elle avait achevé en 2001 une formation de secrétaire médicale. Si l'on se réfère aux informations de son ancien employeur (questionnaire pour l'employeur du 12 mars 2004) et au contrat de travail figurant au dossier, elle aurait pu réaliser dans cette activité un revenu brut de l'ordre de 55'200 fr. sans invalidité (à raison de 8h30 par jour, cinq jours par semaine pendant 48 semaines par année, pour une rémunération horaire de 25 francs).

Pour calculer le revenu que pourrait réaliser la recourante malgré les atteintes à la santé dont elle souffre, l'intimé s'est référé aux statistiques salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Ce procédé est conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 126 V 75) et a été appliqué correctement par l'OAI. L'intimé a notamment procédé à juste titre à une réduction de 15 % du revenu découlant des données statistiques pour tenir compte des facteurs personnels limitant les perspectives salariales de la recourante. Cette dernière ne soulève aucun grief précis contre le calcul effectué, dont il résulte qu'elle aurait pu réaliser dès le mois d'avril 2003, malgré son invalidité, un revenu de l'ordre de 41'000 fr. dans une activité non qualifiée. Il résulte d'une comparaison avec le revenu sans invalidité retenu de 43'615 fr. que la recourante présente un taux d'invalidité inférieur à 40 % qui ne permet pas le maintien du droit à la rente plus de trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée (cf. art. 88a al. 1 RAI), soit pour la période postérieure au 31 juillet 2003.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 26 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de D._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme D._____,
- 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 :