

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt 15 décembre 2011

Présidence de M. NEU

Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre

Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

V._____, à Moudon, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1, art. 28 LAI; art. 6, art. 7, art. 8 al. 1, art 16 LPGA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assurée), née en 1971, ressortissante portugaise, sans formation, mariée et mère de deux enfants mineurs, a exercé divers emplois depuis son arrivée en Suisse en 1991. Dès le 1^{er} janvier 2004, elle a travaillé en qualité d'employée d'exploitation pour les Hospices cantonaux du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: le CHUV), à un taux de 50%. Le 27 décembre 2007, elle est tombée en incapacité de travail et n'a depuis lors pas repris d'activité professionnelle.

B. Le 5 février 2007, V._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Le 16 février 2007, elle a complété sa demande de prestations AI en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50 % en qualité de femme de ménage, par nécessité financière (formulaire 531 bis).

Le 21 février 2007, l'assurée a subi une neurolyse du nerf sural au creux poplité effectuée par le Service de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV. Le rapport médical du 5 mars 2007 des Dr [...], chef de clinique adjoint remplaçant, et [...], médecin assistant, indique que les suites opératoires ont été simples et afebriles.

Dans un rapport médical du 23 avril 2007 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI), la Dresse T._____, spécialisée en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de «gonalgies droites après algo-neurodystrophie et suspicion de névrome cicatriciel du creux-poplité droit évoluant depuis février 2006, et status après arthroscopie du genou droit le 16 février 2006 avec ablation d'un volumineux kyste poplité», limitant entièrement la capacité de travail de l'assurée dès le 16 février 2006. La Dresse T._____ relevait la présence de douleurs depuis novembre 2005 qui persistaient malgré l'intervention du 16 février 2006; l'intéressée se plaignait en particulier de douleurs d'horaire mixte du genou droit,

associées à une impotence fonctionnelle sévère. Au status objectif, ce médecin attestait la présence d'un petit nodule douloureux au niveau du creux poplité droit et un genou droit diffusément douloureux avec un flexum partiellement réductible de 30° et une flexion maximale limitée à 90°, et émettait le pronostic suivant:

"[...] le pronostic ne semble pas très bon, étant donné l'absence d'amélioration suite à un traitement de physiothérapie à sec et en piscine bien conduit, avec lutte anti-flexum. Toutefois, l'algoneurodystrophie, ici post-opératoire, est caractérisée par une évolution souvent très lente, pouvant dans les cas les plus réfractaires prendre des années avant de montrer une quelconque amélioration du point de vue des douleurs et de la mobilité. Actuellement, la situation rend impossible la reprise d'une activité professionnelle d'employée de maison, activité qui nécessite de nombreux déplacements, le port de charges souvent lourdes et des positions accroupies et debout prolongées. Pour l'heure, le seul traitement reste une physiothérapie active à sec et en piscine ainsi qu'une antalgie par paracétamol et anti-inflammatoires. Le pronostic reste difficile à évaluer avec précision dans l'algoneurodystrophie. Comme éléments de mauvais pronostic, on retient l'incapacité de travail prolongée à juste titre et des douleurs qui évoluent vers la chronicité, avec l'absence de soulagement malgré les différents traitements entrepris."

La Dresse T._____ estimait que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une activité adaptée, à raison de 4 heures par jour, ne nécessitant pas de déplacements, de port de charges, ni de positions statiques debout prolongées, mais qu'en raison des douleurs constantes, il y avait lieu de retenir une baisse de rendement de l'ordre de 30 à 40%.

Dans un rapport médical du 1^{er} juin 2007, la Dresse L._____, médecin traitant de l'assurée, a confirmé en substance les diagnostics et le pronostic émis par la Dresse T._____. Elle indiquait que la reprise d'une activité adaptée, évitant la marche prolongée, la station debout prolongée, et la position accroupie, était envisageable, avec une diminution de rendement de 50%.

Le 12 juin 2007, l'Office AI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 19 septembre 2007, l'enquêtrice R. _____ a retenu le statut de 50 % active et 50 % ménagère, précisant que l'assurée avait indiqué avoir l'intention de reprendre un travail à 100% dès que sa fille serait plus autonome, dans un délai de 1 à 2 ans. L'invalidité dans l'activité ménagère a été évaluée en définitive à 23.2 %, selon les conclusions du rapport d'enquête daté du 26 septembre 2007.

Dans un rapport médical du 6 décembre 2007, adressé au médecin cantonal, les Drs [...] et [...], du Service de médecine du personnel du CHUV, ont constaté que la situation médicale de l'assurée ne s'était pas améliorée; celle-ci souffrait toujours de douleurs au niveau du genou droit et de limitations fonctionnelles importantes, qui empêchaient toute reprise de son activité professionnelle. Ils ont ajouté que l'intéressée avait commencé un traitement auprès d'un psychiatre. Etaient joints audit rapport un avis médical du Dr [...], du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, rendant compte d'une situation de santé chronique et sans espoir d'amélioration, limitant de manière importante la capacité de travail de l'assurée dans toute activité nécessitant la station debout.

Sur le plan psychiatrique, le Dr D. _____, psychiatre auprès de la l'Unité de psychiatrie ambulatoire (ci-après: l'UPA) de Payerne, a posé les diagnostics de syndrome douloureux persistant du membre inférieur droit, de status post-résection d'un kyste de Baker en février 2006 et révision chirurgicale en février 2007, ainsi que d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique depuis 2006. Il a attesté une incapacité de travail de 100% dès février 2006, en précisant que «l'incapacité a[vait] toujours été certifiée par les médecins somaticiens» (rapport médical du 10 janvier 2008).

Le 21 avril 2008, la Dresse T._____ a confirmé, sur la base de son examen clinique du 16 avril 2008, que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité professionnelle de nettoyeuse, en raison d'une importante diminution de la mobilité du genou droit avec des signes trophiques anormaux. Les radiographies qu'elle avait effectuées montraient une importante ostéopénie à droite, qui rendait compte de l'algoneurodystrophie.

L'Office AI a soumis le dossier de l'assurée au Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) pour appréciation. Dans un avis médical du 14 mai 2008, le Dr [...] s'est déterminé, en particulier sur le rapport psychiatrique du Dr D._____ du 10 janvier 2008, de la manière suivante:

"Le rapport du Dr D._____ fait état d'un syndrome douloureux persistant du MID [membre inférieur droit] et d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Il précise que les incapacités de travail ont toujours été attestées par des médecins somaticiens. En d'autres termes, le Dr D._____ admet que l'atteinte psychiatrique ne justifie pas d'incapacité de travail à elle seule.

Dans l'annexe, il atteste néanmoins une incapacité de travail totale dans toute activité, sans pour autant fournir d'arguments clairs à cette prise de position.

A supposer qu'on admette les diagnostics retenus par le Dr D._____, il convient de souligner que l'épisode dépressif moyen fait partie intégrante du syndrome douloureux persistant, et qu'il ne saurait justifier une incapacité de travail à lui seul.

A travers les documents mis à disposition, on peut constater que l'assurée a gardé une bonne intégration sociale à l'extérieur comme dans sa famille. Elle prend des cours de musique à domicile, accompagne son mari pour les cours hebdomadaires. Il n'y a pas davantage de situation psychique cristallisée, ni d'échec de tous les traitements (une nouvelle intervention serait envisagée)."

Le Dr [...] a par ailleurs mis en doute les conclusions du rapport d'enquête économique du ménage du 26 septembre 2007, estimant que l'empêchement ménager avait été surévalué par l'enquêtrice.

Dans une note interne du 13 août 2008, l'enquêtrice a confirmé les conclusions de son rapport, estimant en substance que les empêchements retenus étaient justifiés au regard de la situation médicale de l'assurée.

C. Le 15 août 2008, l'Office AI a communiqué à l'assurée un projet de décision (préavis) d'acceptation de rente limitée dans le temps pour la période du 1^{er} décembre 2006 au 31 août 2007, dans lequel il retenait en substance que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 27 décembre 2005 au 30 mai 2007, date dès laquelle l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était devenue raisonnablement exigible. L'invalidité globale présentée par l'assurée à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'art 29 aLAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), était calculé comme suit:

"Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	100%	50%
Ménagère	50%	23.20%	11.60%
Degré d'invalidité			61.60% arrondi à 62%"

A partir de juin 2007, l'Office AI a retenu que l'assurée pouvait exercer une activité professionnelle adaptée sur le plan médical, à savoir une activité sédentaire légère sans marche et sans station debout prolongée. Procédant au calcul du degré d'invalidité pour la part active (50%), sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus, l'Office s'est fondé, pour déterminer le revenu d'invalidé, sur le salaire de référence de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et

répétitives dans le secteur privé (production et service) en 2006 (ESS 2006; TA1; niveau de qualification 4), salaire qu'il a adapté à la durée moyenne usuelle de travail dans les entreprises pour la même année (41 heures 70; La Vie économique, 10-2006, p. 90; tableau B 9.2), et qu'il a indexé à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1.60; la Vie économique, 10-2006, p. 91; tableau B 10.2). Il en résultait un salaire statistique annuel de 51'082 fr. 15, qui, compte tenu du statut d'active à 50% de l'assurée, représentait un salaire annuel de 25'541 fr. 10. Pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'Office AI a appliqué un abattement de 10% sur ce montant, et fixé en définitive le revenu d'invalidé pour 2007 à 22'986 fr. 95. Quant au revenu hypothétique sans invalidité, il a été déterminé sur la base des éléments communiqués par l'ancien employeur de l'assurée, et se serait élevé en 2007 à 26'710 francs. Il en résultait un degré d'invalidité pour la part active (50%) de 13.93% ($[26'710 \text{ fr.} - 22'986 \text{ fr.}95] \times 100 : 26'710 \text{ fr.}$). Le calcul du degré global d'invalidité dès juin 2007 effectué par l'Office AI était le suivant:

"Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	13.93%	6.96%
Ménagère	50%	23.20%	11.60%
Degré d'invalidité			18.56%"

Le 8 septembre 2008, l'assurée a formulé des objections à l'encontre de ce préavis, contestant en substance pouvoir exercer une activité adaptée compte tenu de son état de santé. Elle faisait également valoir que l'absence de toute formation professionnelle lui rendait accessible uniquement des emplois exigeant un effort physique, telles que les activités dans la vente, le nettoyage, la restauration et la manutention, qui étaient incompatibles avec ses limitations fonctionnelles. Elle en concluait qu'il n'était pas justifié de supprimer son droit à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} septembre 2007.

Dans un rapport médical du 27 août 2008, la Dresse T. _____ a également critiqué le projet de décision de l'Office AI, au motif que l'état de santé objectif de l'assurée ne s'était pas amélioré et ne lui permettait pas d'exercer son activité habituelle de nettoyeuse. Elle rendait compte également d'une aggravation de l'état de santé, sous la forme de lombocruralgies droites secondaires à une mauvaise statique due à la boiterie présentée par l'assurée, qui l'handicapaient d'autant plus dans ses activités quotidiennes.

Dans un avis médical du 27 octobre 2008, le SMR a relevé que la Dresse T. _____ ne se prononçait pas sur l'exigibilité de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à son état de santé, laquelle avait été fixée par le SMR sur la base des informations du médecin traitant L. _____, figurant dans son rapport du 1^{er} juin 2007.

D. Par décision du 31 août 2009, l'Office AI a confirmé le droit à un trois-quarts de rente de l'assurée pour la période du 1^{er} décembre 2006 au 31 août 2007, date dès laquelle le droit à la rente était supprimé.

Dans sa motivation adressée le 1^{er} mai 2009 à l'assurée, l'Office AI a estimé en substance que le rapport médical de la Dresse T. _____ ne faisait pas état d'élément médical permettant de mettre en doute les conclusions du SMR sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée sur le plan médical. Quant à l'argument, selon lequel son manque de formation professionnelle et ses limitations fonctionnelles ne lui permettaient pas de trouver un emploi adapté, il a fait valoir que le salaire d'invalidé avait été déterminé en se référant aux données de l'ESS, qui représentaient le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières, et que la plupart de ces emplois étaient conformes aux aptitudes de l'assurée. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, on devait également convenir qu'un nombre significatif de ces activités étaient légères et donc adaptées au handicap de l'assurée.

Le 15 septembre 2009, la Dresse L. _____ s'est adressée à l'Office AI en lui demandant de bien vouloir réexaminer sa décision, au motif que la situation anamnétique et clinique de sa patiente s'était aggravée; l'assurée se plaignait de douleurs du membre inférieur droit remontant de la cheville jusqu'à la hanche ainsi que d'une asthénie importante et présentait un état dépressif réactionnel sévère.

E. Par acte du 30 septembre 2009, l'assurée, représentée par l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru contre la décision de l'Office AI du 31 août 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'un trois-quarts de rente dès le 1^{er} décembre 2006 pour une durée non limitée dans le temps, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'Office intimé pour complément d'instruction. En substance, la recourante fait valoir que l'Office AI s'est fondé à tort sur l'appréciation du SMR, selon laquelle elle disposerait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Elle reproche aux médecins du SMR d'avoir interprété de manière erronée les conclusions médicales de ses médecins traitants sur sa capacité de travail résiduelle. Elle expose que la Dresse T. _____ s'est clairement déterminée dans son rapport médical du 23 avril 2007 sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, qu'elle a estimée à 50% avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 à 40%, et que le Dr D. _____ a de son côté attesté une incapacité totale sur le plan psychiatrique. La recourante critique par ailleurs le taux d'abattement de 10% appliqué par l'Office AI sur le salaire d'invalidé, estimant pour sa part que ses limitations fonctionnelles, ainsi que ses mauvaises connaissances de la langue française justifient un taux d'abattement de 25%.

Par réponse du 14 janvier 2010, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a joint un avis du SMR du 7 janvier 2010, auquel il déclare se rallier et dont la teneur est la suivante:

"La prise de position de la CEP du 28.6.2007 s'est fondée sur le rapport de la Dresse L. _____ du 1.6.2007, retenant une incapacité de travail totale dans l'activité exercée, et une exigibilité de 50% dans une activité adaptée.

A la question 2.2 du questionnaire AI, «Peut-on exiger que l'assurée exerce une autre activité ? », la Dresse L. _____ répond par « OUI ».

Elle ne répond pas à la question portant sur le nombre d'heures travaillées.

A la question 2.2.2, « Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution du rendement ? », elle répond par « OUI », « à 50% ».

Notre interprétation semble dès lors légitime.

Nous avons privilégié cet avis à celui de la Dresse T. _____ du 23.4.2007, retenant une exigibilité de 50% avec une baisse de rendement de 30-40%, du fait que les raisons d'une telle baisse de rendement dans une activité adaptée n'apparaissent pas. Il convient de relever que cette collègue envisageait un reclassement dans une activité de bureau, sans précision du taux, dans un rapport à la Médecine du personnel du CHUV du 20.4.2007.

Le 8.9.2009, la Dresse T. _____ évoque une aggravation des lombalgies justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Au plan psychiatrique, nous avons pris connaissance du rapport du Dr D. _____ du 10.1.2008, mentionnant un trouble somatoforme douloureux persistant et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Considérant la bonne insertion psycho-sociale de l'assurée décrite par le Dr D. _____ (point 7), nous avons estimé que ces troubles ne constituaient pas une atteinte invalidante au sens de l'AI, suivant ainsi les indications de la jurisprudence. A cet égard, je vous renvoie à l'avis SMR du 14.5.2008.

Le courrier de la Dresse L. _____ du 15.9.2009 ne contient pas d'élément objectif de nature à confirmer l'aggravation alléguée.

En l'état du dossier, il me semble que la meilleure manière de mettre fin à la controverse est de demander une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) avec évaluation de la capacité de travail en situation, par exemple à la CRR de Sion. Cette décision n'étant pas de notre ressort, je laisse le soin au Tribunal de se déterminer."

Dans ses déterminations du 2 février 2010, la recourante a indiqué ne pas s'opposer à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire et proposé le nom de deux experts.

Le 12 avril 2010, elle a également produit un rapport médical de l'UPA, rédigé par les Drs [...], cheffe de clinique adjointe et ???. _____, médecin assistant, confirmant en substance une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique.

F. Une expertise bidisciplinaire judiciaire a été mise en oeuvre le 13 avril 2010 et un délai au 19 mai 2010 laissé aux parties pour se déterminer sur le choix de l'expert et produire leur questionnaire.

L'expertise judiciaire a été confiée au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: le CEMed).

La recourante s'est opposée à ce choix. Dans une communication du 28 juin 2010, elle a proposé divers noms d'experts psychiatres et rhumatologues.

Par avis du 1^{er} juillet 2010, le juge instructeur a confirmé la désignation du CEMed en qualité d'expert judiciaire, relevant que la recourante ne faisait pas état de motif de récusation valable contre ce centre d'expertise, et rejetant sa proposition de nommer des experts isolés, au motif que la complexité du dossier médical imposait un examen centralisé.

Le CEMed a désigné les Drs G._____, spécialiste en rhumatologie et W._____, spécialiste en psychiatrie, pour procéder à l'expertise bidisciplinaire. Dans leur rapport du 15 avril 2011, fondé en particulier sur les examens cliniques des 16 novembre et 2 décembre 2010, ces experts ont retenu les diagnostics suivants:

"Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents?

- douleurs séquellaires/limitation de la fonction articulaire du genou droit; status post résection d'une plica synoviale et status post-traitement d'un ulcère condylien du genou droit (06.2001); status post résection d'un kyste de Baker (février 2006); status post probable maladie de Südeck 2006, status post neurolyse du nerf sural (février 2007).

Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents?

- douleurs rétro-trochantériennes droites
- lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs
- dysbalance musculaire
- obésité
- hypercholestérolémie
- anémie ferriprive d'étiologie indéterminée
- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis 2006"

Les experts du CEMed ont évalué la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 0% dans l'activité habituelle. Cependant, dans toute activité adaptée sur le plan médical ne nécessitant pas le port itératif de charges supérieures à 10 kg, les montées ou descentes itératives d'escaliers, respectivement les pentes, les marches supérieures à 20 minutes particulièrement en terrain inégal, les accroupissements et les relèvements itératifs, le travail en position agenouillée ainsi que sur une échelle ou un échafaudage, ils ont estimé que la capacité de travail

résiduelle de l'assurée était de 100%, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la fatigue entraînée par les troubles du genou droit. L'activité envisagée devait également permettre le positionnement correct du genou droit et le changement fréquent de position.

Sur le plan rhumatologique, leur appréciation était la suivante:

"[...] Madame V._____ se plaint de la persistance des gonalgies droites, exacerbées par les efforts physiques et la station debout, qui ne sont soulagées qu'en décubitus dorsal ou latéral, le genou soutenu par un coussin. L'effleurage de la cicatrice rétro génuaire est décrit très douloureux.

En outre, depuis 2006, Madame V._____ s'est plainte de l'apparition/aggravation progressive de douleurs lombaires basses, sans irradiation algique dans les membres inférieurs, associée à une douleur rétro-trochantérienne de la hanche droite.

Le status rachidien est dans les limites de la norme, hormis l'observation d'une lordose lombaire augmentée et d'une dysbalance musculaire.

Le status du genou droit objective un genou calme, subjectivement douloureux à la mobilisation, dont les amplitudes articulaires sont discrètement limitées, mais sans signe d'instabilité ou de lésion méniscale.

Les radiographies du rachis objectivent de discrets troubles statiques et dégénératifs, les radiographies du genou droit sont dans les limites de la norme, hormis un très discret pincement fémoro-patellaire interne et un aspect ostéopénique moucheté diffus.

En conclusion, sur la base de l'anamnèse, de la clinique et des images radiologiques, en l'absence de tout élément en faveur d'une autre étiologie, nous retenons que Madame V._____ présente des douleurs et des limitations articulaires séquellaires post arthroscopie du genou droit et des lombalgies fonctionnelles dans le cadre de troubles statiques et d'une dysbalance musculaire.

Les altérations dégénératives débutantes observées sur les radiographies de la colonne lombaire ne nous paraissent pas en relation directe avec les plaintes exprimées.

Au vu des séquelles actuelles du genou droit (douleurs, persistance d'un flexum), nous estimons que l'activité de nettoyeuse n'est plus exigible, en raison de la nécessité dans cette activité d'exécuter un travail sur échelle ou escabeau, des accroupissements fréquents et en position agenouillée".

Sur le plan psychiatrique, les experts judiciaires ont exposé ceci:

"[...] notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial, qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables, surtout au plan familial, nous n'avons pas non plus objectivé de trouble de la personnalité morbide.

Les plaintes essentielles concernent des douleurs corporelles décrites comme affreuses. Selon Madame V._____, ses douleurs persistent depuis plusieurs années et s'aggravent progressivement malgré diverses interventions chirurgicales et physiothérapeutiques. Anamnestiquement, la survenue et la persistance de ces douleurs se présentent dans le contexte de problèmes psychosociaux dus à la maladie d'Alzheimer et de Parkinson de son père. Ayant toujours été très proche de son père, elle vit très difficilement le décès de ce dernier, après plusieurs années de maladie, en juin 2006. En réaction à la persistance voire l'aggravation de ses douleurs, elle décrit la survenue de symptômes psychiques comme un abaissement de l'humeur s'accompagnant d'un trouble de la concentration et de la mémoire avec un sentiment de lourdeur dans la tête et d'une fatigue quasi permanente. Elle exprime ainsi un important sentiment de détresse, associé à ses douleurs avec une vie quotidienne organisée en fonction de ces dernières. En l'absence d'un processus physiologique ou d'un trouble physique expliquant

entièrement les symptômes douloureux, nous pouvons en conséquence confirmer le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant déjà retenu par le Docteur ???._____ dans son rapport médical de janvier 2008.

Le Docteur ???._____ décrit lui-même la survenue de symptômes affectifs après les symptômes douloureux. Quant à la description subjective de symptômes affectifs de Madame V._____, nous constatons cependant des incohérences avec les éléments objectivables de son anamnèse, ainsi que de l'examen psychiatrique actuel. Elle se plaint par exemple d'une perte de l'intérêt et du plaisir s'énervant facilement à cause de ses douleurs. En même temps, elle entreprend avec plaisir des voyages dans son pays d'origine et rencontre volontiers les différents membres de sa famille. Elle ne présente pas non plus de diminution objectivable de l'énergie avec des efforts minimales entraînant une fatigue importante. Au contraire, elle participe activement à l'examen actuel d'une durée de 100 minutes avant de maîtriser suffisamment bien les tests cognitifs sans élément en faveur d'une diminution importante de l'attention ou de la concentration. Elle ne présente pas non plus d'idée de culpabilité ou de dévalorisation, mais se sent surtout traitée d'une manière injuste par certains de ses médecins qu'elle tient responsables pour ses difficultés. Il n'y a pas d'attitude manifestement morose et pessimiste face à l'avenir chez une expertisée qui continue à s'engager pour l'avenir de ses enfants, ni de diminution de l'appétit chez une personne ayant pris treize kilos depuis 2006.

En conséquence, nous ne pouvons pas confirmer le diagnostic d'un épisode dépressif actuel selon les critères de définition de la CIM-10.

Cependant, l'état de Madame V._____ peut avoir répondu transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif en réaction à l'aggravation de ses douleurs comme c'est typiquement observé dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ses symptômes dépressifs constituent cependant un phénomène d'accompagnement du syndrome douloureux

somatoforme et ne peuvent pas justifier un diagnostic séparé selon les critères de définition de la CIM-10.

Il n'y a pas d'autre comorbidité psychiatrique autonome justifiant une incapacité de travail de longue durée chez cette expertisée ayant toujours fait face aux exigences de la vie quotidienne en assurant par exemple la plupart des tâches ménagères pour un ménage de quatre personnes. En parallèle, elle continue de mener une vie sociale active marquée par des rencontres régulières avec les différents membres de sa famille.

En conclusion, Madame V._____ ne présente pas de comorbidités psychiatriques justifiant une incapacité de travail, ni de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Le degré de sévérité de son syndrome douloureux somatoforme persistant reste en conséquence insuffisant pour justifier une incapacité de travail et l'effort à surmonter les symptômes y relatif afin de reprendre une activité professionnelle reste raisonnablement exigible."

Le rapport d'expertise judiciaire du 15 avril 2011 a été communiqué aux parties pour déterminations. Celles-ci se sont exprimées par écritures des 17 juin 2011 (pour la recourante), et 30 juin 2011 (pour l'intimée), au terme desquelles elles ont maintenu leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** 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 en principe 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 rendues par les offices AI - peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 LAI en dérogation à l'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 auprès du tribunal compétent, respectant au surplus les exigences formelles de l'art. 61 let. b LPGA, est recevable.

2. Est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité non limitée dans le temps, l'Office AI lui ayant reconnu le droit à un trois-quarts de rente pour la période limitée du 1^{er} décembre 2006 au 31 août 2007.

a) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2; cf. égal. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b) A teneur de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. La rente peut être révisée

non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé de l'assuré, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.3 et les références; 130 V 343 consid. 3.5).

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 (art. 88a RAI).

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

b) Selon l'art 29 al. 1 aLAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle:

- l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art 7 LPGA), ou

- l'assuré a présenté, en moyenne une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art 6 LPGA).

c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte (cf. ATF 130 V 393; 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 125).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 125 V 146; 130 V 393 consid. 3.3).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité suivant: 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

(art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI qui reprend les mêmes paliers dès le 1^e janvier 2008).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

e) 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 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Cela étant, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). 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 no 15 p. 43 ; 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). 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 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 ; 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

4. a) En l'espèce, l'ensemble des médecins, qui se sont prononcés sur la situation médicale de la recourante, s'accordent à reconnaître que l'intéressée ne peut plus travailler dans son activité habituelle de nettoyeuse, mais leurs avis divergent sur l'existence et l'étendue d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, raison pour laquelle une expertise judiciaire a été mise en œuvre.

Cette expertise, confiée au CEMed, a donné lieu au rapport du 15 avril 2011 des Drs G._____, rhumatologue, et W._____, psychiatre, qui satisfait en tous points aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3e). En effet, ce rapport complet et fouillé, a été établi par des spécialistes au terme d'un examen approfondi, et ses conclusions sont dûment motivées.

b) Sur le plan somatique, les experts du CEMed retiennent que l'assurée présente des limitations articulaires séquellaires post arthroscopie du genou droit et des lombalgies fonctionnelles dans le cadre de troubles statiques et d'une dysbalance musculaire. Seules les séquelles du genou droit justifient à leur sens une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais elles n'empêchent pas l'assurée d'exercer une activité adaptée, respectant le positionnement correct du genou droit et le changement de position, ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port répété de charges supérieures à 10 kg, de montée et de descente d'escaliers, de marche supérieure à 20 minutes, particulièrement en terrain inégal, d'accroupissement ou de relèvement répété, de position

agenouillée, ainsi que de travail sur une échelle ou un échafaudage. Dans une telle activité, les experts judiciaires estiment que la capacité de travail de l'assurée est de 100%, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la fatigue entraînée par les troubles du genou droit. Bien que la Dresse T._____ retienne en substance les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues par les médecins du CEMed, elle atteste, dans une activité adaptée, une capacité de travail résiduelle de 4 heures par jour (50%), avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 à 40% en raison des douleurs ressenties par l'assurée (cf. rapport médical du 23 avril 2007). Pour ce motif, son appréciation, qui ne repose pas sur des éléments médicaux objectifs sensiblement différents de ceux retenus par les experts judiciaires mais essentiellement sur les douleurs exprimées par l'intéressée ne saurait être suivie (cf. supra, consid. 3e).

La Dresse T._____ fait également état dans son rapport du 27 août 2008 d'une aggravation de la situation médicale de l'assurée sous la forme de lombocruralgies, qui «l'handica[per]aient d'autant plus dans ses activités quotidiennes». Or, les experts judiciaires se sont dûment déterminés sur ce point également, retenant que les altérations dégénératives débutantes observées sur les radiographies de la colonne lombaire ne pouvaient pas être mises en relation directe avec les plaintes exprimées par l'intéressée et ne limitaient pas l'exercice d'une activité adaptée. Il n'y a pas lieu de s'écarter de leur appréciation, ce d'autant moins que l'avis médical de la Dresse T._____ est sur ce point extrêmement succinct, tout comme celui du médecin traitant L._____, qui rend compte de douleurs du membre inférieur droit remontant de la cheville jusqu'à la hanche, ainsi que d'une asthénie importante, empêchant toute reprise d'activité professionnelle (cf. avis médical du 15 septembre 2009).

Il n'y a ainsi aucune raison de s'écarter des conclusions bien motivées et pleinement probantes du rapport d'expertise judiciaire du 15 avril 2011, selon lesquelles la recourante dispose sur le plan somatique d'une capacité de travail résiduelle de 100%, avec une diminution de rendement de 20%.

Cela étant, les experts judiciaires ne se sont pas prononcés sur la date à partir de laquelle l'état de santé de la recourante a permis la reprise d'une activité adaptée sur le plan somatique. Il y a néanmoins lieu de s'en tenir à l'évaluation de l'Office AI, lequel s'est fondé sur le rapport médical de la Dresse L. _____ du 1^{er} juin 2007, rendant compte d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 50%, dès le 1^{er} juin 2007. On relève à cet effet que la dernière intervention chirurgicale subie par l'assurée avait été effectuée le 21 février 2007, soit trois mois auparavant, et qu'elle n'avait pas entraîné de complications, de sorte que l'on peut retenir au degré de vraisemblance prépondérante qu'au 1^{er} juin 2007 l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique permettait la reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (cf. rapport opératoire du 5 mars 2007 Z. _____).

c) Sur le plan psychiatrique, les médecins de l'UPA et les experts du CEMed s'entendent pour retenir la présence d'un trouble somatoforme douloureux, mais leurs avis divergent quant à ses conséquences sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

aa) Selon la jurisprudence, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49; 132 V 65 consid. 4.2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif

majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive, existence d'un état psychique « cristallisé »), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Cependant, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65; 130 V 352; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Conformément à la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191), sur laquelle se fonde la jurisprudence, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et les références citées). Cela ne saurait être le cas que lorsque l'état dépressif présente les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine).

bb) En l'occurrence, les experts judiciaires n'ont pas retenu de comorbidité psychiatrique, tout en précisant qu'ils n'excluaient pas

l'hypothèse que la recourante ait pu présenter transitoirement un épisode dépressif en réaction à l'aggravation de ses douleurs. Ils ont cependant considéré que cet épisode correspondait à un phénomène d'accompagnement du syndrome douloureux somatoforme et non à une pathologie distincte selon les critères de définition de la CIM-10. Ils ont en particulier relevé que l'intéressée ne présentait pas de diminution objectivable de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante, ni d'idée de culpabilité ou de dévalorisation, mais se sentait surtout traitée d'une manière injuste par certains de ses médecins qu'elle tenait pour responsables de ses difficultés. Il n'y avait en outre pas d'attitude manifestement morose et pessimiste face à l'avenir chez une personne qui continuait à s'engager pour l'avenir de ses enfants.

Le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, retenu par le psychiatre traitant D. _____ (cf. rapport médical du 10 janvier 2008), ne remet pas en cause les conclusions des experts judiciaires, dans la mesure où l'épisode décrit ne remplit pas les critères de sévérité exigés par la jurisprudence pour admettre l'existence d'une comorbidité psychiatrique (cf. supra, consid. 4c/aa). Au demeurant, le trouble décrit par le Dr D. _____ n'est guère documenté puisque seule la «thymie triste et abattue» de l'assurée est constatée. Quant au rapport médical du 31 mars 2010 des Drs [...] et ???, _____, il se limite à rendre compte pour l'essentiel d'un état stationnaire depuis 2008 et à renvoyer aux conclusions du rapport du Dr D. _____ précité, de sorte qu'il n'apporte pas de nouveaux éléments médicaux susceptibles de remettre en cause l'avis des experts judiciaires.

cc) S'agissant des autres critères retenus par la jurisprudence qui peuvent, par leur intensité et leur constance, rendre la personne atteinte d'un trouble somatoforme douloureux incapable de travailler (cf. supra, consid. 4c/aa), les experts judiciaires ont écarté en particulier la présence d'un état psychique cristallisé ainsi que la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, relevant que l'assurée disposait d'une vie familiale stable, qu'elle faisait face aux exigences de la vie quotidienne en assurant la plupart des tâches ménagères pour un

ménage de quatre personnes, qu'elle entreprenait avec plaisir des voyages dans son pays d'origine et qu'elle rencontrait volontiers les différents membres de sa famille. Le seul critère qui pourrait en l'espèce être retenu est la présence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée). Toutefois, ce critère à lui seul n'est pas suffisant et n'atteint pas une intensité telle que l'on doive admettre que la recourante ne dispose plus des ressources psychiques nécessaires pour exercer une activité professionnelle. Le degré de sévérité de son syndrome douloureux somatoforme reste en conséquence insuffisant pour justifier une incapacité de travail.

d) Vu les considérants qui précèdent, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté du 27 décembre 2005 au 30 mai 2007 une incapacité de travail de 100% dans toute activité, mais qu'à compter du 1^{er} juin 2007, elle présente une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%, ce qui compte tenu de la part active de son statut lui permet d'exercer une activité adaptée à 50% sans diminution de rendement.

5. La recourante critique en dernier lieu le calcul de son préjudice économique, en particulier le taux d'abattement de 10% appliqué par l'Office AI sur le salaire statistique d'invalide, estimant qu'un abattement de 25% se justifie en raison de sa situation particulière.

a) Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne

assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5a/aa; VSI 2/2002 p. 70 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'Office AI.

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'administration, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; 137 V 71 consid. 5.2).

b) Au regard de la jurisprudence précitée, l'appréciation de l'Office AI est convaincante et prend suffisamment en compte la situation de la recourante. On peut en effet raisonnablement attendre de l'assurée, vu son âge au moment de la décision litigieuse (38 ans) et de la naissance du droit à la rente (35 ans), qu'elle trouve une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles ne l'empêchent pas d'exercer un grand nombre d'activités légères qui ne requièrent pas de formation spécialisée. Elle y est par ailleurs tenue selon le principe général de l'obligation de diminuer le dommage, valable en droit des assurances sociales (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées). En retenant un taux d'abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, l'Office AI n'a pas excédé les limites de son pouvoir d'appréciation (cf. supra, consid. 5a), de sorte qu'il n'existe aucun motif pertinent de s'en écarter.

c) Pour le surplus, force est de constater que la recourante ne critique pas de manière concluante le rapport d'enquête économique sur le ménage du 19 septembre 2007, selon lequel le degré d'invalidité pour la part ménagère (50%) s'élève à 11.6 %, étant précisé que l'apparition ultérieure des troubles lombaires n'entraînent pas, comme on vient de le voir (cf. consid. 4b), de nouvelles limitations fonctionnelles, de sorte que les conclusions de l'enquête précitées restent pleinement valables.

6. En définitive, la décision rendue le 31 août 2009 par l'Office AI reconnaissant à la recourante le droit à un trois-quarts de rente pour la période du 1^{er} décembre 2006 au 31 août 2007 et supprime, en application de l'art 88a RAI, ce droit dès le 1^{er} septembre 2007, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, lui permettant d'exercer une activité adaptée à 50%, est conforme au droit fédéral. Il convient par conséquent de rejeter le recours et de confirmer la décision attaquée.

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, les frais de procédure, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (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 31 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à un montant de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante V. _____

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour Mme 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 :