

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2011

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : M. Neu et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

J. _____, à Renens, recourante, représentée par Me Franck-Olivier Karlen,
avocat à Morges,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA; 4 et 28 LAI; 85 al. 2 et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1964, a exercé la profession de femme de ménage auprès de la Fondation de [...] à [...] d'août 1991 à mars 2005. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité sous forme de rente le 28 décembre 2006, dans laquelle elle indiquait avoir fait, le 28 novembre 2000, une chute d'une chaise en voulant accrocher ses rideaux et s'être tapé la tête et la nuque contre la barrière du lit de sa fille.

Dans un rapport médical du 14 novembre 2006 le médecin traitant de l'assurée depuis mars 2001, la Dresse A._____, spécialiste FMH en médecine interne, rhumatologie, médecine psychosomatique et psychosociale, a posé les diagnostics suivants:

- "• Cervico-dorsalgies et brachialgies chroniques sur discrète discopathie C5-C6, dysfonctions intervertébrales mineures et contractures musculaires.
- Etat anxio-dépressif.
- Malaises récidivants sur attaque de panique.
- Episode unique de tachycardie supra-ventriculaire en 2005."

Et indiqué s'agissant de la capacité de travail:

"Madame J._____ travaille dans une école où elle fait des nettoyages. Il n'y a pas d'autres employés et, depuis le mois de mars de cette année, elle n'est plus capable en raison de douleurs ainsi, qu'en raison de vertiges, d'effectuer tous les travaux en hauteur, elle ne peut que difficilement monter sur une échelle. Afin de maintenir son poste de travail, elle se faisait aider par une connaissance pour les activités qu'elle n'arrive plus à effectuer.

Depuis quelques mois, la situation de Madame J._____ est difficile, la patiente est épuisée et n'arrive plus à effectuer ce travail-là à 54%. Je lui ai attesté une incapacité de travail à 50% pour ce poste de nettoyeuse dans cette école. Pour autant que l'état de santé de Madame J._____ ne s'aggrave pas je pense qu'il n'est pas inimaginable que cette patiente puisse travailler de nouveau à un taux d'activité de 50%, à un poste qui serait physiquement un peu moins lourd, et où elle ne devrait pas effectuer de nombreux travaux en hauteur. Une reprise du travail à 100% me paraît par contre illusoire, compte tenu de l'état de santé de Madame J._____."

Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 31 octobre 2005 établi à la demande de l'assureur C._____, le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a notamment retenu ce qui suit:

"[...]

Diagnostic

Absence de troubles psychiatriques.

Discussion:

Il s'agit d'une ressortissante espagnole de 40 ans, séparée et mère de deux filles, qui présente une trajectoire de vie difficile avec une enfance et une adolescence malheureuses dans une famille nombreuse avec un père alcoolique et violent. Sans formation, elle s'installe définitivement en Suisse à 18 ans où elle reste confinée à des emplois subalternes. Mariée très jeune, elle ne mène pas à l'âge adulte un mode de fonctionnement affectif et relationnel des plus optimaux avec un mariage peu investi et des conflits avec sa fille cadette.

Ayant trouvé une place fixe à 50% dès 1992, elle se plaît dans son activité de femme de ménage dans une école pour des enfants ayant des troubles mentaux jusqu'à son arrêt de travail dès le 14.03.2005 en raison de malaises. Tous les examens somatiques effectués au [...] n'objectivent rien de somatique et une prise en charge psychiatrique spécialisée de type cognitivo-comportemental associé à un traitement antidépresseur de Deroxat amendent progressivement tous les troubles qu'elle présentait, relevant typiquement d'attaques de panique. Sa capacité de travail est complète dès mon examen.

[...]"

Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), l'assurée a précisé le 17 janvier 2007 qu'en l'absence d'atteintes à sa santé, elle aurait poursuivi son activité de femme de ménage à plein temps pour des motifs financiers.

Selon le document intitulé "questionnaire pour l'employeur" du 12 février 2007, sans invalidité, l'assurée aurait perçu en 2006, pour son activité exercée à mi-temps, un salaire mensuel brut de 2'500 fr. 50 servi treize fois l'an, soit un revenu annuel de 32'506 fr. 50.

Le 25 février 2007, l'assurée a été victime d'un second accident: En voulant éteindre la poubelle en feu, elle s'est brûlée au troisième degré sur le thorax, le membre supérieur et inférieur gauche, l'avant-bras et la main droite.

Dans un rapport médical du 20 mars 2007 la Dresse A. _____
a indiqué:

"[...]

Madame J. _____ présente depuis novembre 2000, suite à une chute, tout d'abord des dorsalgies qui se sont étendues dans la région cervicale et lombaire, récidivantes et chroniques qui ne répondent que modérément à tous les traitements entrepris.

[...]

Le pronostic est réservé, je ne pense pas que Madame J. _____ puisse travailler à plus de 50% en tant que nettoyeuse.

Je viens d'apprendre que Madame J. _____ a été hospitalisée, suite à des brûlures du 3^{ème} degré, elle est hospitalisée aux soins intensifs. Ce dernier événement sera à prendre en considération quant à sa capacité de travail ultérieure."

Dans l'annexe de ce rapport elle a précisé que dans un poste adapté, où sa patiente ne serait pas seule à travailler, celle-ci pourrait poursuivre son activité de nettoyeuse à 50% en évitant les travaux en hauteur et les efforts de force (poids raisonnable: 10kg). Elle ajoutait que compte tenu de la longue évolution des douleurs et de l'état anxio dépressif récidivant, un travail à plus de 50% n'était pas exigible.

Le 3 juin 2007, le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant depuis l'été 2005 a indiqué que les brûlures par flamme sur 13% TBSA survenues le 25 février 2007 lorsque l'assurée a essayé d'éteindre un feu qui avait pris dans la poubelle de sa cuisine et les cervico-dorso-lombalgies avaient des répercussions sur la capacité de travail. En revanche, les troubles de l'adaptation avec réaction mixte dans le cadre d'un conflit conjugal et familial (depuis 2005) et les attaques de panique (depuis 2000) étaient sans répercussions sur la capacité de travail. Ce praticien évaluait l'incapacité de travail à 100% depuis le mois de février 2007.

A l'appui de ces constatations, le 3 avril 2007, les Drs Z. _____, cheffe de clinique adjointe et M. _____, médecin assistant au Service de chirurgie plastique et reconstructive, Centre des Brûlés du [...],

ont relevé quelques cauchemars en lien avec le traumatisme subi par l'assurée sans plus amples complications.

Dans un rapport médical du 8 juin 2007 adressé à l'assureur C._____, le Dr M._____ a rapporté les constatations médicales suivantes consécutivement à un contrôle effectué le 5 juin 2007:

"[...]

5. L'évolution est favorable au dernier contrôle du 5 juin 2007, 3 mois après brûlures. Des douleurs sont toujours présentes au niveau du creux axillaire et du thorax latéral gauche, même si une amélioration importante a été réalisée dans le dernier mois. Les brûlures sont toutefois en pleine phase inflammatoire avec une épaisseur importante des cicatrices et une couleur violacée. Aucune bride limitant la fonction, même au niveau du creux axillaire antérieur gauche n'est à noter. Toutes les zones cutanées sont couvertes, il n'y a pas d'ulcération cutanée. La patiente bénéficie de vêtements compressifs Jobst qui sont adaptés ou changés en fonction des nécessités par la maison [...] et suivant nos indications.

La mobilisation de la main droite est en récupération avec une bonne flexion IPP, et des articulations IPD peu mobiles pour les doigts 2 à 5.

5.1 La consultation diététique est absolument nécessaire pour obtenir une alimentation permettant la guérison dès l'arrivée du brûlé dans notre service et plusieurs mois après son départ et retour à domicile. Une alimentation non optimale retarde la guérison, augmente les complications et les coûts du traitement de manière générale.

6. Une atteinte psychologique est obligatoirement présente puisque des plaies par brûlures constituent un traumatisme psychologique important. La patiente a été suivie par des psychiatres dans le cadre de cet incident, il n'y a pas de traitement nécessaire pour l'instant ou dans un futur proche prévu. Le pronostic est donc favorable.

7. Plutôt que des plaintes subjectives je vais vous parler des plaintes objectives avec une impossibilité de travailler avec des brûlures greffées à peine 3 mois après le traumatisme. Même après 6 mois il est difficile d'envisager un retour au travail dans des brûlures impliquant plus de 10% de la surface corporelle. Les traitements locaux, la physiothérapie au minimum 3 fois par jour et les difficultés à la mobilisation de manière générale, de même que toute forme de déplacement, constituent les raisons pour lesquelles un retour au travail est absolument impossible à l'heure actuelle.

8. Incapacité de travail à 100%. Comme je viens de vous le mentionner une reprise du travail est absolument impossible pendant encore plusieurs mois.

La patiente ne peut ni soulever, ni porter ni se mobiliser de manière normale. Elle est donc limitée dans toute son activité professionnelle

exercée avant l'accident. A l'heure actuelle aucune activité professionnelle exigible raisonnablement de Mme J._____ pour encore certainement au minimum 3 mois. Son rendement dans la vie de tous les jours est trop faible."

Ce médecin spécialisé a confirmé ses constatations dans un rapport médical du 9 juillet 2007 en y mentionnant un arrêt de travail à 100% depuis le 25 février 2007.

Le 14 janvier 2008 les Drs V._____ et I._____ du Service de chirurgie plastique et reconstructive, Centre des Brûlés du [...] confirmaient que l'assurée se trouvait toujours en arrêt de travail à 100%.

Dans un rapport médical du 4 avril 2008, les Drs V._____ et E._____ du [...] notaient une évolution favorable de l'ensemble des zones greffées ainsi que de très bonnes amplitudes articulaires, de sorte qu'une reprise de travail thérapeutique avait eu lieu dès le 7 avril 2008 puis à un taux de 50% à compter du 5 mai 2008.

Dans un avis médical du SMR du 23 avril 2008, le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine générale, a relevé que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique ou somatique justifiant une diminution de sa capacité de travail. En revanche, depuis le 25 février 2007, suite aux brûlures, la capacité de travail devait être qualifiée de nulle. L'état de santé de l'assurée n'étant pas stabilisé, une reprise de travail étant en cours, il s'agissait de réinterroger les spécialistes et les médecins dans six mois sur l'évolution clinique, la capacité de travail pour une activité exercée à plein temps et les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport médical du 27 octobre 2008, la Dresse A._____ a indiqué une stabilisation au plan locomoteur de la situation de l'assurée. Elle a précisé que sa patiente pourrait éventuellement retravailler à 50% dans une activité qui serait physiquement légère, adaptée à ses problèmes de dos et qui ne mettrait pas ses mains en contact directs avec des produits irritants.

Dans un rapport médical du 6 janvier 2009, le Dr E. _____ du Service de chirurgie plastique et reconstructive, Centre des Brûlés du [...] a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après greffes cutanées pour brûlures des deux mains et avant-bras, de brûlures du thorax et du MIG le 25 février 2007 et de douleurs chroniques des deux mains d'origine indéterminée. Ce spécialiste a réservé son pronostic dans la mesure où les douleurs exprimées par l'assurée (crampes au niveau des deux mains et d'une faiblesse) ne trouvaient pas d'origine somatique. Il attestait une incapacité de travail de 100% du 25 février 2007 au 3 mai 2008, de 70% du 4 mai au 31 juillet 2009 (recte: 2008), puis de 0% à compter du 1^{er} août 2009 (recte: 2008). S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, le Dr E. _____ mentionnait qu'une évaluation neuro-psychiatrique devait être effectuée.

Le 4 février 2009, le Dr X. _____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé que l'assurée présentait des paresthésies et des douleurs des mains d'origine indéterminée, sans substrat neurologique. Le status neurologique était rigoureusement normal, sans éléments en faveur d'une pathologie centrale.

Sur demande de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) de l'assurée a été réalisée, le 11 mars 2009 par le Centre d'Expertise Médicale (CEMED) SA à [...]. Dans leur rapport du 22 avril 2009, les Drs R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, Q. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et T. _____, spécialiste FMH en neurologie du CEMED SA se sont exprimés en ces termes:

"6. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale

Mme J. _____ est une assurée d'origine espagnole de 45 ans, en Suisse depuis 1982 [recte: 1986], est mariée, actuellement séparée et mère de deux enfants. Elle est sans formation, a été active comme femme de ménage de 1991 à 2005, il semble que l'entente était très bonne dans son dernier emploi où elle est restée longtemps.

Le 29 novembre 2000, elle chute à domicile et depuis présente des douleurs rachidiennes cervico-dorsolombaires mécaniques, qualifiées de rachialgies chroniques non spécifiques persistantes.

En 2003, elle a présenté une neuropathie cubitale gauche au coude, sensitivo-motrice, myélinique, traitée conservativement.

Depuis 2003 environ, l'assurée a présenté des troubles psychiques et a bénéficié d'un traitement de Deroxat. Il semblerait qu'avant 2000 il y ait eu une tentative de suicide. L'assurée met aussi cela en relation avec des conflits conjugaux, une séparation puis le départ de sa fille en 2004. Ceci l'a beaucoup affectée et cela a été associé à la survenue d'épisodes d'anxiété paroxystique. Il semblerait qu'initialement l'assurée était plutôt investiguée pour des problèmes cardiologiques et que finalement aucune affection n'ait été reconnue.

En mars 2005, devant des malaises à répétition d'origine indéterminée, des investigations cardiologiques ont lieu et débouchent sur le diagnostic de tachycardie supraventriculaire spontanément résolutive,

En 2007, elle se brûle grièvement aux membres supérieurs et au thorax et dans une mesure moindre, au membre inférieur gauche. Elle est hospitalisée, des greffes de peau sont nécessaires, l'évolution sera lentement favorable.

Dans ce contexte, l'assurée développe à nouveau un état anxio-dépressif chronique avec des épisodes d'attaques de panique et elle est prise en charge sur le plan psychiatrique. Elle est confrontée également à des difficultés familiales et conjugales.

Dans son rapport du 13.10.2005, le Dr H. _____ ne retient pas de diagnostic psychiatrique.

L'assurée a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique auprès du Dr F. _____. Dans son rapport de juillet 2005, il retenait les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, attaques de panique et trouble somatoforme. Dans son rapport du 01.12.2006, le Dr F. _____ a revu l'assurée à l'été 2005 en raison d'attaques de panique et de troubles de l'adaptation en relation avec un conflit familial, responsable d'une certaine dysthymie. Il ne retient pas d'incapacité de travail. Le Dr F. _____ ne retient pas non plus d'incapacité de travail dans son rapport à l'attention de l'AI du 03.06.2007.

Actuellement, une reprise de suivi psychothérapeutique va être effectif d'ici quelques jours, mais il apparaît d'après les éléments du dossier qu'elle souhaite reprendre un suivi depuis mars 2008 au moins.

L'assurée a déposé une demande de prestations en décembre 2006. A ce moment-là, la demande était surtout motivée selon l'assurée par les conséquences d'un accident ménager survenu en 2000, par la suite son état de santé s'est aggravé avec des séquelles d'une brûlure survenue en février 2007.

L'AI, constatant que les documents versés au dossier admettent une pleine capacité de travail sur le plan psychique, une amélioration des problèmes cervico-dorsolombaires n'entraînant pas d'incapacité prolongée, ainsi qu'une stabilisation de la situation au niveau des brûlures, mandate une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neurologique, afin de permettre de statuer. Les experts sont rendus attentifs à la nécessité de préciser et motiver l'évolution des incapacités de travail depuis le 28 mars 2005, dans l'activité exercée et dans une activité adaptée.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique actuellement Mme J._____ se plaint de troubles sans évolution bien significative depuis plusieurs années avec tout d'abord des rachialgies cervico-dorso-lombaires, se compliquant de douleurs au niveau des 4 extrémités, à type de brûlures / crampes / décharges électriques, s'accompagnant de paresthésies des mains et des avant-bras des deux côtés, de paresthésies également des pieds à prédominance gauche et d'un manque de force global des membres supérieurs et inférieurs.

Mme J._____ estime que les troubles susmentionnés entraînent une incapacité de travail complète dans l'activité exercée préalablement.

Par ailleurs, Mme J._____ se plaint de la persistance de malaises comportant des nausées, un serrement du cou, une oppression thoracique, des sensations vertigineuses, des transpirations profuses, des palpitations et un manque d'équilibre d'une durée d'une à deux minutes, pouvant l'obliger à se coucher ou s'appuyer sur un meuble/un mur. Elle estime que cette composante de la symptomatologie n'est pas cause d'une incapacité de travail significative et sait que le diagnostic retenu par les cardiologues du [...] est celui d'attaques de panique.

Mme J._____ se plaint également d'une sensation vertigineuse au regard de loin, lors de la marche sur un pont, en descendant une pente ou un escalier. Comme séquelles de l'accident de 2007 ayant entraîné les brûlures, Mme J._____ signale des crampes, des douleurs et un manque de force des mains.

En résumé, l'examen neurologique révèle une nuque de bonne mobilité, dont la mobilisation provoque quelques douleurs locales, mais sans irradiations douloureuses dans les membres supérieurs et sans déclenchement de paresthésies. L'examen du rachis dorso-lombaire met en évidence de discrets troubles statiques vertébraux ainsi qu'une limitation modérée de la flexion antérieure lombaire maximale avec provocation de quelques douleurs locales. Il n'y a pas de contracture des muscles paravertébraux. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées notamment sans instabilité ni déviation significatives. L'examen des paires crâniennes est entièrement normal. L'examen des membres supérieurs est sans anomalie neurologique significative notamment sans élément en direction d'une atteinte radiculaire, tronculaire (nerf médian et nerf cubital) et polyneuropathique. L'examen du tronc est sans particularité. A l'examen des membres inférieurs, à nouveau aucune anomalie neurologique significative tant en direction d'une atteinte radiculaire que tronculaire (nerf tibial postérieur au passage du tunnel tarsien) et polyneuropathique.

Compte tenu de l'absence d'éléments clairement indicateurs d'une pathologie neurologique périphérique, nous avons renoncé à un bilan électroneuromyographique qui n'aurait pas apporté d'informations relevantes.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. Les radiographies standards de la colonne cervicale pratiquées en décembre 2000 sont sans lésions post-traumatiques ou dégénératives significatives. L'IRM cervicale effectuée le 25.12.2000 ne révèle pas non plus de lésion post traumatique, la seule anomalie étant une petite protrusion discale médiane C5-C6, sans évidence de compression radiculaire ou médullaire et donc sans signification clinique. On retrouve cette discopathie sur les clichés actuels ainsi qu'une discopathie en L2-L3.

Ces altérations sont banales, fréquemment rencontrées dans une population normale. Elles peuvent être associées à des douleurs mais dans le cas présent l'importance de la symptomatologie douloureuse, la diffusion du territoire douloureux à l'ensemble de la colonne cervico-dorso-lombaire et la mauvaise réponse aux différentes approches thérapeutiques, nous amènent à conclure que les lésions organiques objectives n'expliquent que très partiellement la symptomatologie douloureuse, Madame J._____ a présenté en 2005 un épisode de tachycardie supraventriculaire spontanément résolutif. Depuis lors elle décrit des sensations de malaise auxquels elle attribue une origine cardiaque. A l'anamnèse il n'y a pas de description claire pour une arythmie ou même pour des palpitations. Il n'y a pas eu d'événement justifiant de nouvelles investigations cardiologiques depuis lors et il n'y a aucun document au dossier en faveur d'un problème d'hypertension artérielle, embolie pulmonaire ou autre problème cardiaque documenté. L'examen clinique actuel n'apporte pas d'élément justifiant de nouvelles investigations. En conclusion il n'y a pas de pathologie cardiaque qui pourrait diminuer la capacité de travail.

Suite à des brûlures, on peut rencontrer des séquelles sous forme de cicatrices adhérencielles pouvant réduire la mobilité articulaire des zones brûlées. Madame J._____ n'a pas de plainte de diminution de mobilité articulaire par exemple des doigts ou du membre supérieur gauche, les zones les plus brûlées. L'examen clinique n'objective pas de limitation fonctionnelle. Il n'y a donc pas de séquelles des brûlures qui diminuent la capacité de travail.

Sur le plan psychique l'assurée rapporte essentiellement des douleurs en lien avec ses brûlures, quelques troubles mnésiques, un ralentissement psychique, d'importantes ruminations, une forte angoisse et des épisodes d'anxiété paroxystique depuis 2005 (en atténuation actuellement avec un épisode hebdomadaire), des difficultés à se détendre avec une tendance marquée à constamment imaginer le pire. L'assurée présente également une plus forte réactivité émotionnelle, une fatigue sévère ainsi qu'une tristesse marquée, une réduction de la capacité à éprouver du plaisir et des sentiments de culpabilité. Le sommeil est quelque peu perturbé. L'assurée présente d'importantes douleurs quasi constantes.

A l'examen clinique, il n'y a pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs ni de comportement manifestement algique. L'assurée présente une labilité émotionnelle et une certaine tristesse. Elle semble faire des efforts pour se contenir et se présenter sous un meilleur jour. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur Elle paraît relativement à l'aise dans le contact.

Sur la base de ces éléments, c'est essentiellement un trouble anxieux qui prédomine avec une anxiété généralisée (F41.1) présente de très longue date. Ce trouble ne s'est pas aggravé récemment. L'assurée semble également avoir des capacités de mentalisation suffisantes pour prendre de la distance par rapport à ses inquiétudes. Toutefois, au quotidien, elle adopte fréquemment des comportements en vue de se rassurer quand elle a tendance à imaginer des scénarios catastrophes. En second lieu, l'assurée présente un trouble panique (F41.0). Ce trouble est surtout présent depuis 2005. Il est probablement apparu dans le contexte d'un

épisode dépressif à cette époque. Actuellement, l'assurée présente un épisode hebdomadaire, ce qui n'est pas sévère.

Du point de vue de l'humeur, l'assurée a probablement présenté un épisode dépressif en 2004, au moment où son mari est parti et que sa fille a décidé de suivre son père. Il s'agit probablement d'une exacerbation d'un épisode dépressif présent depuis plus longue date, probablement depuis 2003. Ce trouble a été pris en charge par la Dresse A._____, puis par [le] Dr F._____, psychiatre. Il y a actuellement une amélioration de la thymie et le Dr F._____ n'avait pas retenu d'épisode dépressif mais un trouble de l'adaptation concernant l'état thymie durant le printemps et l'été 2005. La tristesse n'est actuellement pas envahissante, il n'y a pas non plus de ralentissement psychique ni de trouble cognitif manifeste à l'observation clinique. Pour cette raison, on peut considérer que l'épisode dépressif est en rémission et que la rémission n'est pas complète avec la persistance de symptômes résiduels sous la forme d'une dysthymie (F34.1) ce qui peut aussi correspondre à une évolution chronique d'un trouble de l'adaptation. Cette appréciation correspond à celle du Dr F._____.

Sur la base de ces éléments, la question d'un éventuel trouble de la personnalité se pose. A la lecture du dossier, aucun élément ne le stipule. Il est possible que l'assurée ait une personnalité anxieuse mais l'anamnèse n'a pas mis en évidence de traits manifestement dépendants.

La possibilité d'un trouble somatoforme doit aussi être évoquée. L'assurée décrit des douleurs de longue date. Actuellement, elle décrit d'importantes douleurs en lien avec ses brûlures. Toutefois, il y a une discordance très nette entre l'importance des douleurs liées à la brûlure et l'absence de comportement antalgique durant l'entretien et l'assurée ne paraît pas désespérée. Sur la base de ces éléments, nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles. Il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail, l'assurée peut travailler 8h. par jour sans diminution de rendement. Il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail depuis le 28 mai 2005 jusqu'à présent. L'assurée a travaillé dans un milieu professionnel qui lui convenait bien. Elle est sans formation professionnelle et la perspective de devoir se confronter à un nouvel environnement professionnel l'angoisse.

Synthèse et conclusions:

Sur le plan neurologique Mme J._____ émet des plaintes à la fois multiples et protomorphes, n'évoquant pas une atteinte neurologique somatique, qu'il s'agisse d'une atteinte périphérique ou centrale.

L'examen neurologique proprement dit est à considérer comme sans anomalie significative, à nouveau sans élément clinique objectif, en direction d'une atteinte médullaire, radiculaire, tronculaire ou polyneuropathique.

Les radiographies standard de la colonne cervicale et l'IRM cervicale ne démontrent pas d'éléments pathologiques intrarachidiens significatifs susceptibles de contribuer aux plaintes.

En conclusion, l'anamnèse, l'examen clinique objectif et les quelques examens complémentaires ne permettent pas d'attribuer les douleurs ainsi que les troubles sensitivo-moteurs dont se plaint la patiente à une origine neurologique.

En ce qui concerne les malaises dont se plaint Mme J._____ depuis mars 2005, la description des troubles n'évoque pas un problème

neurologique, qu'il s'agisse d'une comitialité ou de troubles circulatoires cérébraux. Les différents bilans cardiologiques n'ayant pas démontré de pathologie cardiaque majeure, la description des troubles évoque effectivement des attaques de panique.

Pour ce qui est des sensations vertigineuses lorsque la patiente regarde au loin, marche sur un pont, descend une pente ou un escalier, il s'agit visiblement de vertiges sans substrat somatique entrant dans le cadre de la pathologie anxieuse.

Relevons enfin que l'atteinte du nerf cubital mise en évidence préalablement a évolué tout à fait favorablement puisque l'examen clinique ne démontre aucune anomalie en direction d'une souffrance persistante du nerf cubital.

Sur le plan thérapeutique, en l'absence d'une pathologie neurologique documentable, il n'y a bien sûr pas de mesures thérapeutiques à envisager.

Sur le plan de la capacité de travail, à nouveau, en l'absence de toute pathologie neurologique significative, on ne peut retenir d'incapacité de travail du point de vue neurologique, ceci dès l'apparition des troubles en novembre 2000. Cette appréciation ne tient pas compte des interruptions de travail momentanées liées aux événements accidentels et notamment aux brûlures survenues en 2007. Les malaises récidivants ne sont pas non plus la cause d'une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique on peut encore ajouter que les troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis ne sont pas à même d'expliquer l'importante symptomatologie douloureuse et n'influencent pas de façon significative la capacité de travail.

Comme discuté plus haut il n'y a pas de pathologie cardiaque ou de séquelle des brûlures de 2007 qui entraîne une diminution de la capacité de travail.

Sur le plan psychique

L'assurée ne souffre pas d'affections psychiatriques sévères et sa capacité de travail est entière."

Dans un rapport médical SMR du 5 mai 2009, le Dr K. _____ a fait siennes les constatations et conclusions médicales ressortant du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité.

Selon un rapport d'"Enquête économique sur le ménage" de l'OAI du 14 septembre 2009, l'assurée indiquait une atteinte à la santé existant dès le 25 février 2007 sans limitations fonctionnelles (physiques et psychiques) ni impotence. Il ressortait des investigations mises en œuvre que séparée depuis juin 2004 et mère de deux enfants nés en 1988 et 1995, après la naissance de sa fille en 1995, l'assurée ne travaillait plus qu'en tant que concierge (femme de ménage) auprès de la Fondation [...] à [...], à raison de 22,5 heures par semaine correspondant à un taux de

54% jusqu'à son licenciement au 31 juillet 2008. Relevant que jusqu'en 1995 l'assurée était active à 100% (cumul de son emploi de concierge avec l'activité de vendeuse en boulangerie exercée à mi-temps de 1990 à 1995), l'OAI a considéré que sans atteinte à la santé l'assurée aurait eu un status de 100% active, l'enquête ménagère n'ayant en définitive pas lieu d'être réalisée.

B. Par projet de décision du 29 septembre 2009, l'OAI a admis l'octroi d'une rente AI entière du 1^{er} février au 31 octobre 2008, suite à l'incapacité de travail entière pendant le délai d'attente d'une année dans toute activité lucrative. Cependant à compter d'août 2008, la capacité de travail était à nouveau totale dans l'exercice de l'activité habituelle ainsi que dans toutes activités adaptées, de sorte que le droit à la rente s'en trouvait supprimé dès le 31 octobre 2008, soit trois mois après l'amélioration en question (art. 88a al. 1 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

Le 27 octobre 2009, l'assurée a fait part de ses objections sur le projet de décision susmentionné. Elle a contesté l'amélioration de son état de santé et de sa capacité de gain depuis le mois d'août 2008. Elle était d'avis que la prise en considération de la totalité des accidents qui lui étaient arrivés en 2000, 2005 et 2007 ne lui permettait plus d'effectuer ses travaux ménagers et encore moins d'exercer toute activité professionnelle.

Par décision du 25 janvier 2010, l'OAI a entièrement confirmé son projet du 29 septembre 2009. Dans une lettre d'accompagnement du 10 novembre 2009, l'Office AI a considéré que les observations de l'assurée du 27 octobre 2009 n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position basée sur les conclusions ressortant de l'expertise pluridisciplinaire du 22 avril 2009.

C. Le 25 février 2010, J._____ représentée par Me Franck-Olivier Karlen, a recouru contre cette décision. Elle a conclu à son annulation et au renvoi de l'affaire à l'administration pour complément

d'instruction dans les sens des considérants du recours, puis nouvelle décision. Elle a produit notamment un rapport médical du 6 janvier 2009 du Dr E._____ à l'attention de la Dresse A._____ dans lequel il était dit que le pronostic sur l'état de santé était réservé et nécessitait une nouvelle consultation neurologique à la recherche d'un problème central ainsi qu'une évaluation psychiatrique. De surcroît, un rapport d'évolution médicale établi le 4 mars 2008 par l'assureur C._____ précisait qu'il était nécessaire d'attendre deux ans avant de pouvoir déterminer exactement les séquelles et limitations.

Par décision du 3 mars 2010 du Bureau de l'assistance judiciaire, Me Karlen a été désigné en tant qu'avocat d'office de la recourante avec effet au 17 février 2010.

Par réponse du 10 mai 2010, l'OAI propose le rejet du recours en indiquant n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée.

Invitée par la Cour des assurances sociales à fournir d'éventuelles explications complémentaires, la recourante fait savoir, le 22 juin 2010, que tel n'est pas le cas.

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 à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (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 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, 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 en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) - par J. _____ contre la décision de l'OAI du 25 janvier 2010 lui octroyant une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} février au 31 octobre 2008.

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. En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante après le 31 juillet 2008. Cette dernière soutient que son état de santé n'a connu aucune amélioration à cette date et que le versement de la rente doit en conséquence se poursuivre. Partant, la décision de l'OAI devrait être annulée pour renvoi subséquent comprenant un complément d'expertise puis une nouvelle décision reconnaissant le droit de la recourante à une rente après le 31 octobre 2008.

3. a) Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont

produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3 et 129 V 1 consid. 1.2). Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné jusqu'au 31 décembre 2003 selon les dispositions alors en vigueur, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références et 130 V 329), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. 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^e révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1).

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

L'art. 6 al. 1 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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. L'art. 6 al. 2 LPGA précisant qu'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. 28 al. 2 LAI (cf. art. 28 al. 1 aLAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il

est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 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. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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 et 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). 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 514/2006 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 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

e) En l'espèce, la recourante fait grief à l'OAI de s'être fondé dans la décision litigieuse, sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire CEMED du 22 avril 2009. A l'en croire, cette expertise ne saurait se voir attribuer valeur probante étant précisé qu'elle s'inscrirait en contradiction avec plusieurs pièces médicales au dossier. En outre, les auteurs de l'expertise n'auraient pas entrepris tous les examens nécessaires et indiqués par les médecins spécialistes.

aa) La recourante avance en premier lieu que le rapport CEMED ne tiendrait pas compte de la période antérieure aux événements (brûlures) de février 2007, en particulier 2006.

A lecture, le rapport d'expertise CEMED comporte un rappel des pièces médicales figurant au dossier (pp. 3-6) avec à chaque fois un extrait accompagné d'une brève synthèse de chacun de ces éléments. En page 13 de leur rapport, les experts du CEMED mentionnent l'étude du dossier radiologique de la recourante de décembre 2000 jusqu'au 11 mars 2009, date de l'expertise pluridisciplinaire. A l'occasion de la discussion du cas (cf. rubrique "6. Synthèse et discussion", pp. 14-17), les experts ont tenu compte de la situation de la recourante avant l'accident de février 2007. En page 15 de leur rapport, ils ont également analysé les documents radiologiques mis à leur disposition en relevant que les lésions objectivées n'expliquaient que très partiellement la symptomatologie douloureuse. Les experts du CEMED ont par ailleurs relevé l'épisode de tachycardie supraventriculaire spontanément résolutif de 2005 ainsi que les sensations de malaises évoquées depuis lors par la recourante sans élément patent justifiant des investigations supplémentaires, de sorte que les malaises survenus n'ont pu se voir attribuer une origine cardiaque.

Sur le plan psychique, il a notamment été mis en évidence un trouble panique (F 41.0) vraisemblablement apparu en 2005 dans le contexte d'un état dépressif. Du point de vue de l'humeur, les experts du CEMED ont considéré que la recourante a présenté une exacerbation d'un épisode dépressif présent probablement depuis 2003 conduisant à reconnaître un trouble de l'adaptation durant le printemps et l'été 2005 (cf. à ce propos le diagnostic de "troubles de l'adaptation avec réaction mixte dans le cadre d'un conflit conjugal et familial" mis en évidence par le F._____, psychiatre traitant, selon rapport médical du 3 juin 2007). Lors de leur examen, les experts ont aussi diagnostiqué la persistance de symptômes résiduels (rémission partielle de l'épisode dépressif) sous la forme d'une dysthymie (F 34.1). L'ensemble de ces atteintes n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante.

A l'aune de ce qui précède, la cour de céans retient que l'expertise CEMED intègre, dans son analyse, les antécédents médicaux de la recourante antérieurs à 2007. Le premier grief élevé doit par conséquent être rejeté.

bb) Sous un second moyen, la recourante soutient que le rapport du CEMED passerait sous silence les constatations médicales établies à la fin 2006/début 2007 par son médecin traitant, la Dresse A._____. Or, ces éléments attesteraient d'une évolution défavorable de son état de santé (importante contracture de la musculature para cervicale, para dorsale et para lombaire, la mobilité cervicale étant réduite d'un tiers), ce nonobstant les différents traitements mis en œuvre.

Sous l'angle somatique, il ressort du rapport CEMED que les experts ont bien pris en considération les plaintes rapportées par la recourante, en particulier s'agissant des rachialgies cervico-dorso-lombaires avec des douleurs aux quatre extrémités, des paresthésies au niveau des mains et des avant-bras, de la nuque, des pieds à gauche ainsi que d'un manque de force global des membres supérieurs et inférieurs (pp. 6-7 et 15). Lors de l'examen pratiqué le 11 mars 2009, les experts ont noté que du point de vue somatique, la situation ne présentait pas

d'évolution significative depuis plusieurs années. Par ailleurs, durant l'examen neurologique, les experts ont noté en particulier une nuque de bonne mobilité, dont la mobilisation provoque quelques douleurs locales, mais sans irradiations douloureuses dans les membres supérieurs et sans déclenchement de paresthésies. L'examen du rachis dorso-lombaire a uniquement mis en évidence de discrets troubles statiques vertébraux ainsi qu'une limitation modérée de la flexion antérieure lombaire maximale avec provocation de quelques douleurs locales. Il n'a par ailleurs pas été décelé de contracture des muscles para vertébraux. Les experts ont par conséquent retenu à raison qu'en l'absence d'anomalie significative (pas d'éléments objectifs à l'examen neurologique en direction d'une atteinte médullaire, radiculaire, tronculaire ou polyneuropathique), il n'était pas possible d'attribuer une origine neurologique aux douleurs ainsi qu'aux troubles-sensitivo-moteurs dont se plaignait la recourante. Dans ces circonstances, les éléments médicaux mis en évidence par la Dresse A. _____ à la fin 2006/début 2007 n'apparaissent pas pouvoir modifier les constatations médicales objectives mises en évidence par les experts du CEMED consécutivement à leurs examens pratiqués le 11 mars 2009. Au demeurant, il est ici le lieu de rappeler que 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 (cf. consid. 3d supra). Les observations de la Dresse A. _____ ne contenant de surcroît pas d'éléments dont les experts du CEMED n'auraient pas tenu compte dans leurs examens, il n'y a pas de motifs suffisants pour se distancer des conclusions du rapport d'expertise CEMED du 22 avril 2009.

cc) La recourante fait ensuite grief au rapport d'expertise CEMED de ne pas avoir cité l'avis émis le 8 mars 2007 par le Dr M. _____ selon lequel, les plaies par brûlures impliqueraient nécessairement l'existence d'une atteinte psychologique.

Sur le plan psychique, les experts CEMED ont diagnostiqué un trouble anxieux qui prédomine avec une anxiété généralisée (F 41.1)

présente de très longue date, un trouble panique (F 41.0) surtout depuis 2005 ainsi qu'une dysthymie (F 34.1) du point de vue de l'humeur. Considérant que la recourante décrit d'importantes douleurs en lien avec les brûlures, la possibilité d'un trouble de la personnalité a également été examiné. Toutefois, vu la discordance très nette entre l'importance des douleurs liées à la brûlure et l'absence de comportement antalgique durant l'examen - la recourante n'apparaissant pas désespérée -, il n'a pas été permis de retenir une telle atteinte à la santé. Les experts en ont conclu que la recourante ne souffrait d'aucune affection psychiatrique sévère susceptible d'affecter sa capacité de travail. Ce dernier point de vue est partagé par le Dr F._____, psychiatre traitant depuis 2005, dans son rapport médical du 3 juin 2007. A cette occasion, ce psychiatre a souligné que sa patiente était avant tout préoccupée par son état physique et les soins permanents qu'il nécessitait. Le Dr F._____ n'a alors pas mis en évidence d'incapacité de travail pour des raisons psychiques. Ces dernières conclusions étaient au demeurant corroborées par les observations des Drs Z._____ et M._____ du Service de chirurgie plastique et reconstructive, Centre des Brûlés du [...], lesquels, dans un rapport de sortie du 3 avril 2007, ont relevé uniquement quelques cauchemars consécutifs aux brûlures subies.

Contrairement à ce que semble penser la recourante, le fait d'avoir souhaité reprendre un suivi psychothérapeutique en 2008 ne permet pas en soi d'en déduire que les brûlures causées en février 2007 puissent nécessairement avoir pour incidence une diminution sur la capacité de travail. En l'absence d'atteintes psychiques invalidantes mises en évidence lors de l'expertise pluridisciplinaire et faute pour la recourante de produire de nouveaux éléments médicaux attestant du contraire, les conclusions adoptées par les experts CEMED sous l'angle psychiatrique n'apparaissent pas pouvoir ouvrir le flanc à la critique et doivent être suivies.

dd) La recourante se plaint du fait que l'OAI n'aurait pas tenu compte de différents rapports médicaux établis par les médecins durant l'année 2009, en particulier le rapport médical du 6 janvier 2009 du Dr

E._____ à l'attention de la Dresse A._____ à teneur duquel le pronostic serait réservé et nécessiterait une nouvelle consultation neurologique à la recherche d'un problème central et une évaluation psychiatrique. De surcroît, un rapport d'évolution médicale établi le 4 mars 2008 par l'assureur perte de gain de la recourante mentionnant la nécessité d'attendre deux ans avant de pouvoir déterminer exactement les séquelles et limitations, n'aurait pas été pris en considération par l'OAI.

Il est ici le lieu de rappeler que dans leur rapport pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) du 22 avril 2009, les experts CEMED ont exposé les raisons pour lesquelles ils avaient renoncé à mettre en œuvre un bilan électroneuromyographique, examen neurologique central tel que suggéré par le Dr E._____. De l'avis des experts, en l'absence d'éléments clairement annonciateurs d'une pathologie neurologique périphérique, une nouvelle IRM n'aurait pas été contributive. Le rapport médical du 6 janvier 2009 du Dr E._____ pose uniquement des hypothèses quant à un éventuel problème neurologique central sans pour autant attester d'une évolution négative à ce niveau. Or, il n'incombe pas à l'OAI, respectivement aux médecins du CEMED de mener des investigations neurologiques en ce sens sans disposer d'éléments médicaux objectifs les justifiant. Le rapport du 4 février 2009 du Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie corrobore l'avis des experts, en ce sens qu'il met en évidence un status neurologique parfaitement normal, sans éléments en faveur d'une pathologie centrale.

Quant au rapport d'évolution médicale du 4 mars 2008, n'ayant par définition pas un caractère définitif, il ne saurait valablement remettre en cause la valeur des conclusions de l'expertise CEMED telles que reprises par l'OAI dans la décision litigieuse. Il s'agit là bien plus du constat d'un état de la situation de santé de la recourante à un moment donné, lequel ne permet en rien de discuter le bien fondé de l'évaluation de la capacité de travail effectuée un an plus tard par les experts CEMED. L'expertise pluridisciplinaire a en effet été réalisée en date du 11 mars 2009, soit plus de deux ans après le dernier événement traumatisant (les brûlures survenues en février 2007). Les constatations médicales ainsi que

les conclusions du rapport établi le 22 avril 2009 sont par conséquent fiables de sorte que la critique contenue dans le rapport d'évolution médicale du 4 mars 2008 quant à la nécessité d'attendre deux ans avant de pouvoir déterminer exactement les séquelles et limitations se révèle manifestement infondée.

ee) L'expertise pluridisciplinaire se fonde sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur les plaintes de l'assurée et sur une anamnèse rigoureuse. L'examen et la discussion du cas sont présentés de manière systématique, claire et cohérente, sans éluder les écueils que constituent d'autres avis médicaux divergents. Ainsi, elle s'avère objective, scientifique, nuancée et dûment motivée, de sorte qu'elle emporte pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3d supra.

La cour de céans se rallie par conséquent aux constatations médicales de l'OAI et considère que la recourante a présenté une incapacité totale de travail depuis le 25 février 2007 (accident par brûlures) mais que dès le mois d'août 2008, elle a recouvré une pleine capacité de travail dans sa profession habituelle ainsi que dans nombre d'autres activités qui lui sont accessibles.

4. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; TF 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 et 9C_391/2008 du 12 mars 2009, consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343

consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a et 112 V 371 consid. 2b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (TFA I 8/2004 du 12 octobre 2005 consid. 2.1), respectivement une appréciation différente d'un même état de fait (TFA I 419/2003 du 22 octobre 2003 consid. 4). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (TFA I 559/2002 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 111/2007 du 17 décembre 2007 et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées (cf. consid. 3b supra), la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

En principe, l'adaptation des prestations d'assurance sociales a lieu avec effet rétroactif (*ex tunc*). L'assurance-invalidité connaît cependant une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431 consid. 2 et les références; TF I 528/2006 du 3 août 2007, consid. 7.2). Dans ces cas, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet *ex nunc et pro futuro* (art. 85 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]); 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 al. 1 RAI).

b) En l'espèce, on constate qu'à partir du mois d'août 2008 en l'absence d'incapacité de travail (cf. consid. 3e/ee supra), le taux

d'invalidité de la recourante étant inférieur au seuil minimum de 40% (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, puis dans celle consécutive à la 4^e révision de l'AI) et qu'il n'existait alors plus aucun droit à la rente. Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, la suppression du droit aux prestations devait intervenir trois mois après l'amélioration de la capacité de gain déterminante, soit en l'espèce dès la date du 1^{er} novembre 2008.

La décision rendue le 25 janvier 2010 par l'OAI s'avère donc correcte dès lors que l'invalidité de la recourante s'est effectivement modifiée de manière à justifier la suppression du droit à la rente entière au-delà du 31 octobre 2008.

5. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'occurrence, les frais judiciaires par 400 fr. sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. L'indemnité d'office de Me Franck-Olivier Karlen, conseil d'office de la recourante selon décision du 3 mars 2010 du Bureau de l'assistance judiciaire est arrêtée à 2'500 fr. TVA

comprise pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause.

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

- I. Le recours interjeté par J._____ est rejeté.

- II. La décision rendue le 25 janvier 2010 par l'Office AI pour le canton de Vaud est confirmée.

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

- IV. L'indemnité d'office de Me Franck-Olivier Karlen, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) TVA comprise.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Franck-Olivier Karlen (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au:

- Service juridique et législatif.

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 :