

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2015

Composition : Mme DESSAUX, président
Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à St-Prex, recourante, représentée par Me Jacques Baumgartner, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. Née en 1957, C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), employée en qualité de cuisinière à 50% et d'aide-éducatrice à 30% auprès de la Fondation [...], a présenté dès le 26 mai 2008 une incapacité de travail totale en raison de lombosciatalgies sur hernie discale. Elle a été licenciée de ces deux postes respectivement au 31 mai 2009 et 30 juin 2009.

En date du 18 mars 2009, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant le 15 avril 2009 qu'en bonne santé, elle exercerait les professions de cuisinière ou aide-éducatrice pour personnes handicapées à un taux de 80 %, ceci par nécessité financière et intérêt personnel.

Dans un rapport du 22 avril 2009, son médecin traitant, le Dr Q. _____, médecin généraliste, a mentionné le diagnostic de lombosciatalgies irradiant dans le membre inférieur gauche sur protrusion discale foraminale et extra-foraminale L5-S1, entrant en conflit avec la racine L5 gauche. L'affection avait été traitée par physiothérapie, antalgie, repos et corticothérapie, suivie d'une infiltration en août 2008 et en raison de la persistance de la symptomatologie, sa patiente avait été adressée au CHUV pour évaluation de l'opportunité d'une éventuelle intervention chirurgicale. L'incapacité de travail avait été totale depuis le 26 mai 2008, sous réserve d'un essai de reprise du travail à 30 % entre le 2 et le 15 février 2009. Le Dr Q. _____ considérait que les activités professionnelles de l'assurée n'étaient plus possibles en raison de la symptomatologie douloureuse. Il joignait à son écrit plusieurs rapports, soit :

- un rapport du 8 août 2008 du Dr A. _____, neurochirurgien, lequel mentionnait un syndrome radiculaire irritatif et déficitaire L5 gauche bien corrélé avec une image d'une hernie discale extrêmement latérale L5-S1 et préconisait une intervention chirurgicale sous la forme d'une

foraminotomie externe L5 gauche ou une infiltration périradiculaire L5 de stéroïdes ;

- un rapport du 14 août 2008 du Dr J._____, médecin-chef du Service d'anesthésiologie et antalgie de l'Ensemble hospitalier [...], rendant compte d'une infiltration péridurale antalgique effectuée le même jour au niveau des vertèbres L3-L4 ;

- un rapport du 8 septembre 2008 du Dr A._____, lequel relevait une évolution stagnante et la permanence de douleurs très importantes entravant travail et sommeil et recommandait une intervention chirurgicale ;

- un rapport de consultation ambulatoire du 23 septembre 2008 signé de la Dresse V._____, médecin associé auprès du Centre universitaire romand de neurochirurgie, laquelle conseillait la poursuite du traitement conservateur par des antalgiques simples, au vu de l'absence de signe irritatif et de trouble neurologique sensitivo-moteur, suivi particulièrement, dans l'hypothèse d'une évolution favorable, de séances de physiothérapie et de tonification musculaire ;

- un rapport du 16 mars 2009 de la Dresse V._____, laquelle suggérait un électroneuromyogramme (ENMG) dans la mesure où la clinique ne correspondait pas exactement à l'atteinte décrite dans l'IRM lombaire du 29 mai 2008.

Du rapport de consultation ambulatoire du 2 juin 2009 auprès du Dr W._____, médecin assistant au Centre universitaire romand de neurochirurgie, il ressortait que l'ENMG (du 22 avril 2009) avait « démontré un examen tout à fait physiologique, tant sur les potentiels évoqués moteurs que sur ceux sensitifs ». En raison de l'échec des traitements conservateurs et quand bien même la cohérence radio-clinique n'était pas typique, il proposait un geste explorateur en L5-S1 dans le but de pouvoir soulager un éventuel conflit disco-radiculaire.

Dans une communication du 3 juillet 2009, l'OAI a signifié à l'assurée que son état de santé ne permettait pas de mesure de réadaptation d'ordre professionnel.

Dans un rapport du 9 septembre 2009 à l'assureur maladie perte de gain, le Dr W._____ considérait une amélioration possible, à défaut proposait une intervention chirurgicale et citait à titre de limitations fonctionnelles « pas de soulèvement de charges >10 kg, position accroupie et travail physique intense déconseillés ».

En date du 6 octobre 2009, le Dr Q._____ indiquait à l'OAI que la situation de sa patiente était complètement inchangée, en se référant à différents rapports, dont le contenu a déjà été évoqué ci-dessus, ainsi qu'à un rapport du Dr E._____, spécialiste en médecine interne, consulté le 6 juillet 2009 par l'assurée en raison de sa surcharge pondérale.

Interpellée par l'OAI, la Dresse V._____ retenait dans son rapport du 20 avril 2010 le diagnostic de sciatique sur hernie discale L5-S1 gauche depuis l'été 2008 et précisait que l'assurée pouvait bénéficier d'une intervention chirurgicale, qu'elle refusait.

Interpellé sur l'exigibilité de cette intervention, le Service Médical Régional (SMR) de l'AI et pour lui, le Dr S._____, a mentionné dans son rapport du 26 mai 2010 à titre d'atteinte principale à la santé les lombosciatalgies L5 gauches sur hernie discale L5-S1 gauche et retenu une incapacité de travail à 100 % depuis mai 2008. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur l'exigibilité d'une intervention chirurgicale, considérant pour le surplus que la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle et de 100 % dès octobre 2009 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles consistant en l'abstention de port de charges de plus de 10 kg ainsi que de porte-à-faux et en la recommandation d'une alternance des positions.

Le rapport d'enquête économique sur le ménage du 28 janvier 2011 retient le statut de 80 % active et de 20 % ménagère, depuis 2004. Il conclut à un taux d'invalidité ménager de 16,2 %.

Le 17 février 2011, l'OAI a soumis à l'assurée un projet d'acceptation de rente, dont la teneur est notamment la suivante :

“Depuis le 26 mai 2008 (début du délai d’attente d’un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon nos observations, vous continueriez d’exercer votre activité d’aide de cuisine et d’aide éducatrice à 80 % sans problèmes de santé. Les 20 % restants correspondent à vos travaux habituels.

A l’échéance du délai d’attente d’une année, soit au 26 mai 2009, votre incapacité de travail était de 100% dans toute activité et vos empêchements ménagers ont été estimés à 16,2% par notre enquêtrice.

Le degré d’invalidité résultant des deux domaines est le suivant.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d’invalidité
Active	80%	100.0%	80.00%
Ménagère	20%	16.2%	3.24%
Degré d’invalidité			83.24%

De l’avis du Service médical régional, votre état de santé s’est amélioré et dès le mois d’octobre 2009, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions).

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé, dans votre ancienne activité, soit CHF 37’844.40, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières.

[...]

En l’occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4116.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d’un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4280.64 (CHF 51367.68 x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51’367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l’évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2.10 % ; La Vie économique, 10-2006, p.91 tableau

B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'446.40 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 41'957.12 par année.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 37'761.40. Votre perte économique est la suivante:

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 37'844.40
avec invalidité	CHF 37'761.40
la perte de gain s'élève à CHF	83.00 = invalidité de 0.21%

Le degré d'invalidité découlant des deux domaines d'activité est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	0%	0%
Ménagère	20%	16.2%	3.24%
Degré d'invalidité			3.24%

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations.

Vous avez déposé votre demande le 18 mars 2009.

Notre décision est par conséquent la suivante:

Du 1^{er} septembre 2009 au 31 décembre 2009, vous avez droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 83%."

Le 11 mars 2011, représentée par son conseil, l'assurée a pris position sur ce projet en produisant un certificat médical du Dr Q. _____ du 9 mars 2011 attestant que l'assurée était toujours suivie à sa consultation et que son incapacité de travail demeurait totale depuis le 26 mai 2008.

En date du 18 avril 2011, l'assurée a communiqué à l'OAI un certificat médical, non daté, signé de la Dresse V. _____ et attestant de son incapacité de reprendre son activité professionnelle depuis le 26 mai 2008 pour des raisons médicales, dont une sciatique invalidante.

Par décision du 21 octobre 2011, l'OAI a octroyé une rente à l'assurée avec effet du 1^{er} septembre 2009 au 31 décembre 2009, sans autre motivation, suscitant ainsi une réaction du conseil de l'assurée du 31 octobre 2011. Par avis du 2 novembre 2011, l'OAI a précisé que la décision du 21 octobre 2011 était conforme au projet de décision du 17 février 2011 et sujette à recours en son entier.

B. Par acte du 22 novembre 2011, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente fixée à dire de justice. Elle précise d'une part qu'elle ne refuse pas une intervention chirurgicale mais que son médecin estime celle-ci très dangereuse, l'hernie étant trop proche de la moelle épinière. D'autre part, elle considère irréaliste de retenir une capacité d'exercer une activité légère de substitution à 80 % au vu de son état de santé physique et de ses répercussions psychiques. Elle requiert la mise en oeuvre d'un examen médical complet.

Dans sa réponse du 9 février 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en reprenant les arguments de son projet de décision.

Dans son mémoire complémentaire du 25 mai 2012, la recourante relève la divergence entre les rapports médicaux produits au dossier et le rapport du SMR, auquel elle reproche son caractère sommaire, ses contradictions avec les pièces au dossier, sa motivation insuffisante et son absence de déterminations sur la question initiale de l'exigibilité d'une opération. Elle requiert, outre une expertise judiciaire, l'audition de deux témoins susceptibles de faire état de la péjoration de son état et de ses difficultés quotidiennes. À l'appui de son écriture, elle produit un certificat médical du Dr Q. _____ du 23 mai 2012, lequel mentionne une progression des discopathies lombaires basses avec débord discal circonférentiel L3-L4, prédominant à gauche, un débord discal L5-S1 actuellement au stade de hernie foraminale gauche comprimant la racine L5 en conjonction avec une sténose du trou de conjugaison. Il relève également une protrusion discale foraminale droite en contact avec la racine L5 ainsi qu'une arthrose postérieure modérée et

un kyste radiculaire foraminal L4-L5 gauche. Enfin, ce médecin annonce une consultation spécialisée auprès d'un neurochirurgien pour nouvel avis.

En date du 21 juin 2012 et du 5 juillet 2012, l'intimé et la recourante ont confirmé leurs conclusions et réquisitions respectives.

Une expertise a été ordonnée et le Centre d'expertises des [...] a été mandaté à cette fin le 22 août 2012. Les Drs L. _____ et F. _____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, tous deux médecins-adjoints auprès de l'Unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique, ainsi que le Dr P. _____, médecin interne auprès de la même unité, ont été désignés. En cours de mandat, les experts ont sollicité l'autorisation de faire appel à un spécialiste en chirurgie orthopédique du rachis, en la personne du Dr I. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgien de la colonne vertébrale, autorisation qui leur a été accordée le 27 février 2013.

En date du 3 avril 2013, le Dr I. _____ a communiqué son rapport, établi après avoir pris connaissance du projet d'expertise des Drs L. _____, F. _____ et P. _____ du 12 mars 2013, qu'il a complété sur certains points. Plus particulièrement, l'examen clinique neurologique s'est révélé très difficile à exécuter de manière fiable en raison des douleurs exprimées par l'assurée à toute tentative de mobilisation. Le Dr I. _____ rapporte néanmoins une atteinte sensitivo-motrice non spécifique du membre inférieur gauche, qu'il estime cependant très difficile à corrélérer à l'imagerie de la colonne lombaire. Celle-ci révèle de discrets troubles dégénératifs lombaires, le segment L5-S1 étant le plus atteint, avec un bombement du disque plus marqué à gauche qui pourrait être qualifié de hernie discale, responsable d'un rétrécissement foraminal L5-S1 gauche. Le bombement du ligament jaune postérieurement et une arthrose facettaire de même localisation participent également au rétrécissement foraminal. Le segment L5-S1 est également le siège d'une contre-courbure dextro-convexe d'une scoliose dégénérative sinistro-convexe sus-jacente. Dans sa portion centrale, le canal rachidien est

parfaitement ouvert, sans trouble dégénératif significatif des autres segments sus-jacents, ni sténose pouvant étayer la symptomatologie douloureuse du membre inférieur gauche. Le Dr I. _____ a doublé l'IRM d'une radiographie de la colonne, laquelle a confirmé l'existence d'une scoliose participant au rétrécissement foraminaux avec une atteinte dégénérative asymétrique au niveau du disque L5-S1, en corrélation avec l'IRM, et mis en évidence une hyperlordose lombaire liée à la scoliose dégénérative et aux troubles dégénératifs lombaires bas. Cependant, malgré cette hypolordose lombaire, l'assurée demeurait bien équilibrée dans le plan sagittal et compensait donc parfaitement les modifications de statique de sa colonne vertébrale liées aux troubles dégénératifs modérés de la colonne vertébrale lombaire.

Dans son appréciation globale, le Dr I. _____ évoque une lombosciatique, d'étiologies multiples. Mentionnant le score fonctionnel de 80% réalisé au test d'Oswestry (cf. ci-dessous), il considère que l'assurée présente un handicap fonctionnel sévère, son état dépressif ayant par ailleurs certainement eu une influence dans l'évaluation de son score fonctionnel. S'agissant de l'origine des douleurs, le Dr I. _____ précise ce qui suit :

“D'une part il ne fait certainement pas de doute que les troubles dégénératifs et en particulier la sténose foraminale L5-S1 visible sur l'IRM de mars 2012 est responsable d'une partie des douleurs du membre inférieur gauche chez cette patiente. A l'heure actuelle je ne pense pas qu'il y ait de solution chirurgicale à lui proposer car comme je l'ai dit cette image n'explique qu'une partie des douleurs de Madame C. _____. Il y a des douleurs non spécifiques du membre inférieur gauche avec des troubles sensitivo-moteurs non spécifiques également et qui prennent aussi leurs origines dans une entésopathie musculaire en particulier des muscles abducteurs de la hanche gauche. Cette entésopathie se retrouve sur d'autres groupes musculaires au niveau de la ceinture scapulaire notamment. Un diagnostic de fibromyalgie a été évoqué par nos collègues de [...], diagnostic à confirmer auprès d'un rhumatologue éventuellement. Je suis également frappé par le fait qu'elle est sous traitement de Fluctine et qu'il n'y a pas eu de prise en charge psychiatrique ou psychologique par un spécialiste d'après ce que me dit la patiente.”

Le Dr I. _____ conclut son rapport en recommandant une prise en charge globale pluridisciplinaire dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur et en considérant l'assurée incapable de travailler

à défaut d'une telle prise en charge. Son incapacité de maintenir une position assise ou debout prolongée de plus de 10 à 20 minutes empêchait l'exercice d'une activité adaptée, outre la diminution des capacités de concentration en raison des douleurs constantes.

Dans leur rapport final du 20 septembre 2013, les experts L._____, F._____ et P._____ ont posé plusieurs diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, soit ceux de lombo-sciatalgies gauches, chroniques, persistantes, scoliose lombaire sinistro-convexe, discopathies lombaires pluri-étagées, protrusion discale latérale et foraminale L5-S1, arthrose inter-facettaire lombaire, dysbalances musculaires des ceintures scapulaire et pelvienne, déconditionnement physique global et probable état dépressif réactionnel. Ils ont mentionné une hypertension artérielle et une ostéoporose à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

S'agissant de l'examen clinique, les experts ont relevé que l'assurée exprimait de façon démonstrative un état général douloureux au point qu'en raison des douleurs décrites par l'intéressée et de ses difficultés à coopérer dans la réalisation de certains tests, ils avaient ciblé leur examen orthopédique sur les points qui leur semblaient importants et possibles à réaliser. Ils ont par ailleurs soumis l'assurée à trois tests, dits auto-administrés, soit celui portant sur l'évaluation de l'incapacité fonctionnelle (Oswestry disability index), de l'évaluation individuelle face à la douleur (Fear Avoidance Belief Questionnaire) et de l'évaluation de l'état anxio-dépressif (échelle de Beck). Le premier mettait en évidence une évaluation du handicap fonctionnel élevé, les douleurs étant le problème principal et affectant les activités de la vie quotidienne. Le deuxième révélait un risque élevé en raison de croyances concernant l'activité physique. Le résultat du troisième, soit 19/39, correspondait à une dépression sévère.

L'appréciation finale des experts L._____, F._____ et P._____ a la teneur suivante :

“Nous sommes en face d’une patiente de 55 ans, présentant depuis 2008 des douleurs à départ lombaire avec irradiation à son membre inférieur gauche. A relever que la symptomatologie décrite par la patiente est variable mais que les douleurs ne suivent pas un territoire radiculaire en particulier, comme mentionné par notre collègue, le Docteur I. _____, chirurgien orthopédiste, spécialiste du rachis.

Tous les thérapeutes ont rencontré des difficultés à examiner la patiente très algique et démonstrative lors des différentes manoeuvres que ce soit au niveau des membres inférieurs ou de toute la colonne vertébrale. Le Docteur I. _____ relève en plus la présence d’une douleur aiguë à la palpation proximale et distale de la musculature abductrice de la hanche à gauche pouvant aller dans le sens d’une atteinte de type enthésopathique. Nous évoquons également la possibilité d’une fibromyalgie sous-jacente avec un nombre de points douloureux positifs pour cette pathologie à 8/18 (à savoir qu’il s’agit ici d’un diagnostic d’exclusion, et que dans notre cas la patiente souffre déjà de troubles dégénératifs multi-étagés de sa colonne).

Au niveau du status neurologique, on relève une atteinte sensitivomotrice non spécifique du membre inférieur gauche.

Au status rachidien, on relève la présence d’un syndrome lombo-vertébral avec contractures musculaires, une lordose lombaire effacée et une antéversion du bassin.

Concernant l’imagerie, l’IRM du 16 mars 2012 met en avant la présence d’un rétrécissement foraminaux L5-S1 gauche d’origine multiple, avec une hernie discale L5-S1, un bombement du ligament jaune postérieur et une arthrose facettaire de même localisation. Nous réalisons un complément de cette imagerie par une colonne totale face-profil afin d’évaluer l’équilibre spino-pelvien frontal et sagittal. On constate la présence d’une scoliose dorsolombaire probablement dégénérative, sinistro-convexe en dorsal, et avec une courbure dextro-convexe en L5-S1 participant également au rétrécissement foraminaux; la présence d’une hypolordose lombaire et d’une statique équilibrée dans le plan sagittal. Selon le Docteur I. _____, les modifications de la statique de la colonne vertébrale, liées à des troubles dégénératifs modérés, semblent donc bien compensées.

Néanmoins, Madame C. _____ présente un handicap fonctionnel sévère (score d’Oswestry à 81%) ne semblant qu’en partie expliqué par la sténose foraminaux L5-S1 à gauche. En effet, la symptomatologie « bâtarde » pourrait être expliquée, non pas par une étiologie en particulier, mais par l’association de plusieurs entités pathologiques. Nous avons noté la présence de points de fibromyalgie positifs, un état dépressif, ou encore une enthésopathie des abducteurs de la hanche gauche. Ainsi, comme nous précise le Docteur I. _____, devant un syndrome douloureux d’origine multiple, une intervention chirurgicale ciblée au niveau de la sténose foraminaux L5-S1 à gauche ne pourrait avoir très probablement qu’une petite influence sur les douleurs de la patiente.

Le pronostic de ces lombo-sciatalgies atypiques et chroniques, est globalement mauvais. En effet, ces douleurs sont subjectivement en aggravation constante depuis de nombreuses années. Le score élevé (24, norme < 14) obtenu au *Fear Avoidance Belief Questionnaire* reflète une attitude de méfiance face à l'activité physique, allant presque jusqu'à la kinésiophobie. L'aspect chronique de ces douleurs est également un facteur péjoratif. Les différents bilans physique et fonctionnel (ergothérapie professionnelle) ont par ailleurs montré un déconditionnement musculaire important qui risque de participer de plus en plus à la chronicité de la pathologie. Pour lutter contre ce déconditionnement, une prise en charge intensive en physiothérapie pourrait être envisagée, néanmoins elle n'a qu'une infime chance d'être supportée par la patiente. La balnéothérapie pourrait tout particulièrement être intégrée."

Observant que l'assurée ne pouvait tenir plusieurs minutes en position assise ou debout sans provocation de douleurs, les experts ont retenu à titre de limitations fonctionnelles l'abstention de ports de charges, de travail en position debout et assise prolongée au-delà de 20 minutes, de travail en anté-flexion ou en porte-à-faux du rachis, l'intéressée devant de surcroît pouvoir s'allonger au minimum toutes les heures. Se fondant sur l'anamnèse, l'examen clinique, l'évaluation pré-professionnelle ainsi que sur les différents tests effectués, ils ont considéré que les tâches professionnelles de l'assurée n'étaient plus exigibles par rapport à ses capacités physiques, qu'aucune activité adaptée quelle qu'elle soit n'était compatible avec les limitations fonctionnelles inhérentes aux douleurs et que sa capacité de travail comme celle de réadaptation professionnelle étaient nulles.

Se prévalant de ce rapport d'expertise, la recourante a conclu en date du 10 octobre 2013 à l'allocation d'une rente entière.

L'OAI pour sa part a observé le 29 octobre 2013 que l'expertise était incomplète, faute de volet psychiatrique, qu'elle n'était pas exempte de contradictions et que les conclusions sur la capacité de travail n'étaient pas fondées sur des éléments objectifs, ses déterminations se référant à l'avis du SMR du 15 octobre 2013, signé du Dr B. _____, dont la teneur est la suivante :

“L’expertise des Drs F._____ et P._____ retient deux « familles » de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Il y a d’une part les lombosciatalgies gauches chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, de dysbalances musculaires et d’un déconditionnement physique. Les experts mentionnent d’autre part un probable état dépressif réactionnel. On peut d’emblée regretter que les experts se soient contentés d’un diagnostic de probabilité, alors qu’ils auraient pu faire appel à un co-expert psychiatre pour confirmer leur pressentiment. Pour ma part, j’estime qu’on ne peut pas se satisfaire d’une « probabilité » dans une expertise médicale.

Ceci dit, les diagnostics somatiques font sens. C’est l’appréciation du cas, et l’estimation de la capacité de travail qui pose problème. En effet, les experts soulignent à plusieurs reprises combien cette appréciation s’est révélée difficile « la symptomatologie décrite par la patiente est variable », « les douleurs ne suivent pas un territoire radiculaire », « patiente très algique et démonstrative », « nous évoquons également la possibilité d’une fibromyalgie sous-jacente », « au niveau du status neurologique, on relève une atteinte sensitivomotrice non spécifique du membre inférieur gauche »... Ces citations démontrent, si besoin est, que les plaintes de l’assurée n’ont pas d’origine somatique objective. Dès lors, les experts auraient dû faire la part des plaintes par définition subjectives, et des éléments objectifs dans leur appréciation de la capacité de travail. C’est précisément ce qu’ils n’ont pas fait. A titre d’exemple, les experts écrivent en page 10: « les troubles susmentionnés empêchent l’assurée de rester en position statique plus de quelques minutes, que ce soit assise ou debout ». Or, en page 8, il est écrit que l’assurée a pu rester assise pour un entretien de 45 minutes. Les tests fonctionnels montrent que l’assurée s’est auto-limitée de façon presque caricaturale ; ils n’ont donc aucune valeur dans l’évaluation objective de la capacité de travail.

En conclusion, cette expertise est incomplète (il manque un volet psychiatrique) ses conclusions sur la capacité de travail ne sont pas fondées sur des éléments objectifs, elle n’est pas exempte d’incohérences, voire de contradictions (impossibilité de tenir une position statique plus de quelques minutes en page 10, 20 minutes en page 12, alors qu’objectivement l’assurée est restée assise 45 minutes pour un entretien).”

Dans ses déterminations du 15 novembre 2013, la recourante a réfuté les critiques du SMR à l’égard de l’expertise et suggéré que cet avis médical soit soumis aux experts pour toutes précisions utiles.

Le 25 février 2014, la recourante a produit un rapport du 20 février 2014 du Dr H._____, psychiatre et chef de clinique adjoint auprès du Service d’anesthésiologie, Centre d’antalgie, du CHUV. Au stade de l’anamnèse, le Dr H._____ rapportait les sentiments de tristesse, de désespoir, de perte, d’inutilité et d’impuissance évoqués par sa patiente

de même que celui de colère engendré par la décision de l'OAI. L'assurée mentionnait encore être au bénéfice d'un traitement antidépresseur prescrit par son médecin généraliste. Il n'existait pas d'antécédents psychiatriques. Au terme de son évaluation dans le cadre du suivi multidisciplinaire de la recourante au Centre d'antalgie, le Dr H._____ posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il relevait chez l'assurée, suivie à sa consultation depuis le 3 septembre 2013, une certaine anxiété persistante, cette symptomatologie s'inscrivant dans le cadre d'une constellation psychopathologique plus vaste caractérisée par une vie fantasmatique réduite et par une limitation importante dans les capacités de symbolisation. Les tests psychométriques avaient révélé un aménagement de type pré-psychotique et des défenses du caractère, celles-ci se manifestant surtout par l'opposition passive. L'efficacité intellectuelle se situait dans la zone de l'intelligence limite avec un QI total de 79. Le traitement médicamenteux avait été modifié et un suivi psychiatrique intégré paraissait nécessaire. Le Dr H._____ estimait à 100 % l'incapacité de travail.

Dans un avis SMR du 13 mars 2014, les Drs B._____ et Z._____ se sont prononcés sur le rapport du Dr H._____ en relevant notamment la contradiction existant entre le diagnostic de trouble dépressif récurrent et la mention d'absence d'antécédents psychiatriques.

Une nouvelle expertise judiciaire pluridisciplinaire a été ordonnée le 10 juillet 2014 et confiée au Bureau d'expertises médicales (BEM), les médecins désignés étant les Drs K._____, neurologue, G._____, psychiatre et O._____, rhumatologue.

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 10 mars 2015 a été établi sur la base des pièces administratives et médicales au dossier, complétées par divers examens ainsi que par des informations recueillies auprès des médecins de la recourante, notamment du Dr H._____. Il contient les différentes anamnèses, les plaintes de la recourante et le descriptif des examens cliniques en fonction de chaque spécialité.

Les experts ont retenu à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail une spondylodiscarthrose débutante au niveau cervical et lombaire avec discopathie L5-S1, et sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de fibromyalgie associée à des troubles digestifs fonctionnels, de trouble anxieux et dépressif mixte anamnestiquement présent depuis 2008, d'excès pondéral associé à un déconditionnement musculaire, à un syndrome trophostatique et à une hypertension artérielle traitée, de diverticulose du colon gauche, sans perforation ni abcès, de rates surnuméraires, de découverte fortuite, et d'ostéopénie minéralométrique.

Les experts se sont ensuite livrés à une appréciation du cas et à son pronostic, en rappelant tout d'abord la situation médico-asséculoologique et l'évolution des éléments subjectifs au plan somatique avant de confronter ceux-ci aux éléments objectifs du diagnostic médical somatique. Observant que l'extension de l'intensité des douleurs en plusieurs endroits de même que leur absence de réponse aux traitements usuels pouvaient évoquer en premier lieu la présence d'une grave maladie de nature évolutive, les experts ont écarté un diagnostic différentiel au motif que de telles affections se révèlent en quelques semaines ou mois avec suffisamment de critères diagnostiques, notamment des signes objectifs évidents, progressifs constatés par les médecins voire par l'entourage. Il n'en était rien dans le cas de la recourante, les constatations des experts étant les suivantes :

“Son examen clinique montre qu'elle a gardé un parfait état général, elle est restée vive et tonique pour nous annoncer ces doléances, elle a gardé le focus de l'attention tout au long de nos examens, y compris sur toute une journée lors de l'expertise psychiatrique et rhumatologique. Elle ne prend pas au quotidien de médicament antalgique.

L'évolution au plan objectif, actuelle, montre un comportement variable en fonction de la distractibilité et de l'expert, chez une dame qui présente une gestuelle spontanée non limitée lorsqu'elle ne se sent pas observée. Il n'y a pas de déformation articulaire, pas de perte pondérale, Mme est en surpoids, avec un indice de masse corporelle (IMC) stable.

L'examen est parasité par des lâchages, des contre-pulsions, des variations du comportement douloureux quasiment instantanées en fonction du moment de l'examen.

Les éléments subjectifs avec le score d'Owestry élevé constaté en 2013, relatent [un] handicap subjectif très impressionnant.

Nous avons recherché la corrélation avec des éléments objectifs, leur éventuelle aggravation expliquant que le niveau de handicap s'est accentué selon Mme, depuis 2008.

Nous retenons des actes du dossier au plan diagnostique une dorsalgie chronique stable jusqu'en 2008 sur une scoliose et des atteintes dégénératives débutantes, compatibles avec l'âge.

En fin d'année 2007-début 2008, une petite hernie discale est identifiée au niveau L5-S1 à gauche.

Comme facteur déclenchant de la symptomatologie Mme a relaté au neurologue une chute sur le coccyx en fin d'année 2007. Elle n'a pas pu faire valoir cela auprès de son assureur-accident. Le cas a été pris en compte par son assurance-maladie.

Mme dit qu'elle a travaillé avec des douleurs lombo-sciatiques gauches jusqu'à ce qu'elle n'en puisse plus, en mai 2008. Elle a été reconnue en incapacité de travail depuis lors par son médecin, mise à part une brève tentative de reprise en 2009, qui a échoué, les douleurs s'étant aggravées en étendue et en intensité.

Nous confirmons un excès de poids, associé à un important déconditionnement axial assorti de dysbalances musculaires. Il existe une scoliose de faible angulation, stable au fil des ans.

Sur le plan neurologique, il n'y a aucune atteinte objective quelconque. Il n'y a pas d'argument pour une irritation ou une souffrance radiculaire, notamment en relation avec cette image de hernie discale au niveau L5-S1 gauche avec possible irritation au niveau des racines L5 et peut-être S1 à gauche.

On conclut à une pseudo-sciatalgie gauche en relation avec une enthésopathie liée à des points douloureux au niveau de la musculature fessière et du grand trochanter gauche sans déficit moteur, sensitif ni des réflexes. Il y a tout au plus des lâchages antalgiques au niveau du membre inférieur gauche, mais pas de véritable parésie, le volume des différents muscles est symétrique par rapport au membre inférieur droit.

Un EMG de détection au niveau des myotomes L4-L5 et L5-S1 gauche ne montre aucun signe de souffrance radiculaire aiguë ni chronique, ce qui se conforte aux examens cliniques de l'experte rhumatologue et de l'expert neurologue.

En 2009, un bilan neurologique et électro-neuromyographique du membre inférieur gauche n'avait pas permis non plus de mettre en évidence de signe de souffrance radiculaire.

On peut de toute évidence conclure à l'aspect bénin de l'atteinte neuro-radiologique discale au cours des dernières années, stable, banale pour l'âge.

Le tableau actuel est celui d'une douleur diffuse concernant non seulement la région lombo-sacrée et du membre inférieur gauche mais également l'ensemble du rachis et la région cervico-scapulaire, les membres supérieurs. On identifie une allodynie d'origine musculo-tendineuse sans participation neurologique selon l'expert neurologue ni articulaire selon l'experte rhumatologue.

L'experte rhumatologue confirme les critères d'une fibromyalgie, manifestation déjà évoquée lors de la précédente expertise.

On peut donc clairement conclure qu'il s'agit d'un tableau polyalgique diffus d'origine extra-neurologique. La discrète spondylodiscarthrose est peu évolutive, elle est commune à l'âge de l'expertisée, et n'explique pas ni l'étendue ni l'irréductibilité de l'état douloureux.

On peut bien entendu admettre qu'en 2007 et 2008 il y ait eu une exacerbation des symptômes en relation possible avec l'aggravation de la protrusion discale au niveau L5-S1. Mais la chronification des symptômes est certainement sans rapport avec une quelconque affection discale ou rachidienne ayant des répercussions neurologiques.

Les éléments d'amplification et de discordances jouent une part importante dans la présentation clinique et de ce fait les plaintes perdent toute relation avec le faible substrat anatomique existant, fréquent à partir de la quarantaine.

Vu l'âge de la patiente et le déconditionnement, nous retenons les limitations fonctionnelles admises dès 2010 par le SMR, à savoir : pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de porte-à-faux du rachis; envisager un travail avec alternance des positions. Nous y ajoutons vu l'âge, que Mme ne devrait pas monter sur des échelles et des escabeaux."

Se référant ensuite aux différents documents au dossier, notamment d'origine médicale, décrivant l'évolution de l'état de santé somatique de la recourante en 2009, les experts se sont livrés à sa comparaison avec l'état existant, observant notamment que l'anamnèse actuelle était assez semblable. Pour le surplus, ils ont relevé ce qui suit :

"Mme déclare être passablement couchée mais cela ne correspond pas à son habitus. Si le déconditionnement confirme une sédentarité avec un faible développement musculaire, Mme garde un tannage des pieds bien marqué. Elle n'a pas l'aspect d'atrophie cutanée et de peau lisse des patients grabataires. L'atrophie musculaire notamment aux membres inférieurs n'est pas telle.

Nos examens cliniques montrent, en dépit du handicap allégué, une dame qui reste vive, tonique, vindicative, avec une gestuelle ample et non limitée lorsqu'elle évoque ses doléances, mais une alternance de comportement douloureux, fluctuant, qui ne correspond pas à un syndrome lombaire ou sciatique évident. En revanche le tableau a évolué vers celui d'une « totalgie », une douleur universelle pour laquelle nous manquons de substrat anatomique.

En conclusion au plan subjectif Mme ne va pas mieux, au plan objectif en revanche les éléments radiculaires irritatifs ne sont plus évidents.

L'observation au délai actuel de près de 5 ans ne montre pas d'évolution d'un syndrome radiculaire L5 ou S1 clinique qui donnerait lieu à une diminution ou abolition du réflexe, à une altération de la force de manière constante et reproductible sur un dermatome, à une amyotrophie sélective localisée, à un déficit sensitif reproductible, localisé.

S'il existe une discrète aggravation de la spondylarthrose radiologique, compatible avec l'âge, le temps écoulé, on ne reconnaît pas dans les symptômes évoqués les caractéristiques des douleurs et des signes des patients souffrant d'une discopathie active, congestive admise à l'IRM sous la définition des lésions de Modic I ou à l'EMG par des signes de dénervation radiculaire en cas de compression aigue ou chronique.

Si l'on fait abstraction des discordances, si l'on fait abstraction du handicap allégué qui n'est pas plausible par rapport aux constatations, selon notre expérience en médecine interne, rhumatologie et neurologie, on se trouve face à une dame de 57 ans qui a travaillé jeune en dessus de ses forces, puis a été mère de famille avec 3 enfants d'âge rapproché ; qui a dû s'expatrier après un tremblement de terre, et qui suite à une poussée de lombosciatique irritative n'a pas pu se réintégrer dans le monde professionnel, et qui présente une amplification de symptômes et des discordances de plus en plus importantes au fil des examens cliniques.

Son rachis présente une discrète scoliose avec un angle de Cobb de 16° (l'usage nous fait admettre que les scolioses sont significatives, à risque évolutif à partir de 30°) et une spondylodiscarthrose compatible avec son âge. Son habitus d'excès pondéral avec une vie très sédentarisée depuis ses 50 ans, qu'elle nous a présenté comme un âge critique, la met à risque de développer des dysbalances musculaires et une allodynie.

Elle ne prend plus d'antalgique de manière systématique, elle se rend chez son médecin 2x/an environ et en dehors d'une cure à Abano offerte par ses enfants, elle ne fait pas de physiothérapie. Mme n'a jamais cru aux programmes de tonification prescrits par les spécialistes car elle avait l'impression que cela ne servait à rien et n'améliorait pas ses douleurs. La solution n'était pas celle qu'elle souhaitait.

Au plan somatique, les plaintes douloureuses sortent du champ d'une affection rachidienne, rhumatismale, neurologique telle que

Mme C. _____ pense présenter pour justifier son impotence et ses handicaps. Nous n'avons pas pu la rassurer face à l'absence de gravité de sa pathologie rachidienne, banale.

Mme va sans doute mieux qu'au moment de la poussée radiculaire qui donnait un signe de Lasègue en 2009, qui a motivé de nombreux avis médicaux et examens, au moment de l'octroi d'une rente AI temporaire, sur le plan objectif.

Son rachis présente en quelques années des signes dégénératifs un peu plus marqués mais pas alarmants.

Son handicap subjectif reste préoccupant et inaccessible aux thérapies somatiques prescrites lege artis par son médecin.

Comme le suggérait le Dr S. _____ en 2010, dans une activité peu contraignante pour son dos, avec des charges inférieures à 10 kg, la capacité de travail est selon nous exigible et entière, du point de vue purement somatique."

Les experts se sont ensuite prononcés sur le rapport de leurs confrères des HUG avec les observations suivantes sous l'angle somatique :

"Lors des tests d'ergothérapie à l'Hôpital cantonal en 2013, on a pris en compte les limitations suggérées, sans analyser si cela correspondait à des éléments objectifs tels qu'une augmentation des pulsations à l'effort. Les résultats des tests montrent des limitations, comme nous en avons noté lors de notre examen, mais l'examineur n'a pas mis en perspective le degré mineur du diagnostic médical, l'allégation d'un handicap majeur, et la présence d'éléments d'auto-limitations. Il n'y a pas de descriptif de la fréquence cardiaque, de la gestuelle, avec ou non l'élargissement du polygone lors de port de charge, la mise en tension des chaînes musculaires et des muscles accessoires, l'accélération des pulsations. On a accordé à Mme la possibilité de s'arrêter en fonction uniquement de ses données subjectives sans rechercher l'effort maximal sécuritaire.

Les médecins experts L. _____, P. _____, F. _____ notaient dans leur expertise rendue du 12.03.2013 les difficultés des examens cliniques chez une dame démonstrative, allodymique avec des éléments de fibromyalgie. Les troubles dégénératifs et de la statique vertébrale étaient estimés bien compensés, ce que nous confirmons actuellement. C'est sur la base d'un handicap subjectif sévère avec un score d'Oswestry de 81% que l'on a considéré cette symptomatologie, pourtant « bâtarde » et ne semblant qu'en partie expliquée somatiquement, comme totalement limitative dans la capacité de travail. La recherche d'une concordance, l'analyse des discordances n'a pas fait l'objet d'une approche consensuelle des aptitudes restantes, pourtant bien présentes.

Il était mentionné une aggravation subjective et non pas objective, ainsi que l'attitude de méfiance de la patiente face aux propositions

d'un reconditionnement musculaire, avec des exercices actifs nullement contre-indiqués.

Cela avait déjà été préconisé par les différents spécialistes consultés antérieurement. Le Dr N. _____ neurochirurgien avait encouragé Mme en 2012 à se muscler. Les experts ne tiennent pas compte que la patiente n'était pas partante pour un programme de tonification et ne l'a jamais été. Pour reconditionner un dos douloureux, il faut un effort de volonté de la part des patients, une collaboration soutenue dans le temps.

En présence d'auto-limitations, de kinésiophobie, de discordances, les patients sont rarement adeptes d'une prise en charge active, même douce et progressive.

Nous retrouvons ces éléments de kinésiophobie selon l'échelle de Tampa. On a ainsi conclu à un syndrome douloureux d'origine multiple. On a admis un état dépressif sévère sur la base d'un questionnaire d'auto-évaluation (Beck), sans corrélérer les plaintes à un examen psychiatrique objectif. Rappelons que les Drs F. _____, P. _____ sont orthopédistes et le Dr L. _____ travaille en rééducation à [...].

Le Dr I. _____ qui s'est penché sur l'expertise à un délai plus proche que nous, le 03.04.2013 confirmait le caractère démonstratif de l'expertisée, des douleurs non spécifiques, et envisageait dans ce contexte de douleur globale, fibromyalgique, une approche multidisciplinaire relevant les nombreux intervenants que la patiente avait consultés ces dernières années. Il admettait le caractère non chirurgical de la douleur.

Questionnée sur l'absence de suivi au long cours à une école du dos, Mme dit qu'elle préfère ses cures thermales à Abano.

Si nous nous trouvons face à des constatations cliniques identiques, nous nous écartons des conclusions des experts précédents et du Dr I. _____. La discordance, la parfaite conservation de l'état général à un délai d'évolution de 6 ans de l'incapacité de travail ne nous permet pas de retenir une affection incapacitante pour un travail léger à moyen, sans mettre en porte-à-faux le rachis, permettant une alternance des positions.

Le co-expert psychiatre explique dans la partie psychiatrique pourquoi il s'écarte aussi de l'expertise de 2013 se basant sur le plan psychiatrique uniquement sur un questionnaire.

Enfin, vérification faite, Mme ne présente pas une ostéoporose mais une simple ostéopénie selon l'analyse du Z-score et du T-score de la minéralométrie du 10.09.2010 et non pas aussi profonde que l'évoque le radiologue qui a de toute évidence dans son rapport confondu le chiffre du Z-score et celui du T-score au niveau lombaire pour son interprétation.

Elle reçoit une substitution vitamino-calcique mais ne prend plus d'hormones à ce qu'elle nous a dit. Nous suggérons au délai actuel de 5 ans de refaire une densitométrie afin de s'assurer en revanche

que les valeurs ne se sont pas aggravées et que cela ne suscite pas un traitement plus incisif.”

S'agissant de l'état de santé psychique de la recourante, le rapport d'expertise fait mention de quelques manifestations anxieuses et dépressives discrètes. Les symptômes d'ordre dépressif sont inconstants et ne sont pas corroborés par la présence de signes dépressifs objectifs. Le syndrome somatique de la dépression est absent. L'anxiété est un peu plus prononcée, sous la forme de troubles cognitifs subjectifs et de lésions de grattage, mais elle n'atteint pas la sévérité d'un trouble anxieux spécifique. En conséquence, le diagnostic CIM-10 correspondant à cette situation est celui de trouble anxieux et dépressif mixte, soit un trouble mineur, d'intensité légère, n'entraînant pas de limitation fonctionnelle importante justifiant une diminution durable de la capacité de travail ou de rendement, ni n'imposant de mesures de réadaptation professionnelle. Ce trouble pouvait exister depuis 2008.

L'expert psychiatre s'est ensuite prononcé sur les évaluations des experts des HUG ainsi que du Dr H._____, son analyse étant la suivante :

“Les experts orthopédistes des HUG évoquaient un « probable état dépressif réactionnel » sur la base d'un score élevé au questionnaire de Beck. Les questionnaires de mesure de la dépression de Beck sont des échelles d'auto-évaluation qui ne permettent en aucun cas de poser un diagnostic. Celui-ci doit reposer sur l'observation clinique, qui manquait dans l'expertise HUG, exclusivement somatique. Les experts ne fournissaient aucune indication clinique permettant d'apprécier l'état psychique réel de l'expertisée.

Le Dr I._____, spécialiste en orthopédie qui a examiné Mme C._____ en complément des experts des HUG, a lui aussi retenu un « état dépressif » sans dire sur quoi il basait ce diagnostic (non standard) et sans donner d'indications ni sur le status ni sur l'anamnèse psychiatriques.

Quant au Dr H._____, psychiatre de liaison du CHUV, il retenait dans son rapport de février 2014 le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, actuellement moyen » sur la base de son observation de septembre à décembre 2013 dans le cadre de la consultation de la douleur. Son rapport était succinct sur le plan de la description de l'état clinique, il rapportait des manifestations anxieuses subjectives et une thymie moyennement triste, sans préciser s'il s'agissait d'une observation objective ou d'une donnée subjective de l'expertisée. Sur cette base nous pensons que l'état clinique observé par le Dr

H. _____ était assez proche de celui que nous avons observé, avec des manifestations anxieuses et dépressives peu spécifiques. La seule différence tenait à la présence, à l'époque du deuil récent de son père, qui contribuait à abaisser l'humeur de manière passagère.

Par ailleurs le Dr H. _____ ne justifiait pas le diagnostic de « trouble dépressif récurrent » qu'il retenait. En effet, il n'était pas ce diagnostic par la mention anamnétique ou documentée d'épisodes dépressifs répétés séparés de périodes de rémission complète. Lors de notre téléphone récent avec lui, il ne se souvenait pas des détails de l'anamnèse et il nous a renvoyé à son rapport. De fait, ni l'anamnèse recueillie par nous auprès de l'expertisée ni le dossier, y compris le rapport du Dr H. _____, n'évoquent la présence d'antécédents d'épisodes dépressifs. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr H. _____ ne nous paraît donc pas fondé.

Par ailleurs le Dr H. _____ fait état d'une fragilité psychique structurelle chez l'expertisée de type psychotique. Les tests projectifs effectués en 2013 à sa demande mentionnaient la présence d'« aménagement de type prépsychotique » et de « défenses du caractère ». Ces appréciations nous paraissent éloignées de la réalité quand on pense aux capacités d'adaptation et de résistance psychique manifestées par l'expertisée après le tremblement de terre de sa région, alors qu'elle était une jeune mère de deux enfants en bas âge. De surcroît l'utilisation de ces termes non standard ne permet pas de les relier à une véritable réalité clinique. Le Dr H. _____ pour sa part ne mentionnait lui-même aucun signe ou symptôme clinique d'ordre psychotique. Lors de notre examen (y compris celui du Dr O. _____), nous n'avons observé aucune manifestation de type psychotique, et aucun élément psychotique n'est relaté dans le dossier hormis dans le rapport du Dr H. _____. Pour ces raisons, nous réfutons la présence d'une pathologie psychotique chez l'expertisée.

Enfin, sur le plan intellectuel, le Dr H. _____ estimait, sur la base de tests encore, que l'expertisée présentait une « intelligence limite avec un QI total à 79 ». Là encore nous nous écartons de cette appréciation qui ne nous semble pas réaliste, et qui ne correspond en rien à l'impression clinique que nous avons eue lors de notre examen, ni aux données relatées dans le dossier par les médecins qui ont eu à examiner l'expertisée.

Il faut noter que les experts somaticiens des HUG et le Dr H. _____ ont examiné l'expertisée alors que cette dernière était encore sous le coup du deuil de son père, survenu l'année précédente. Selon toute vraisemblance, la sémiologie « dépressive » observée par les experts genevois et par Dr H. _____ en 2013 relevait davantage du deuil que de la dépression à proprement parler. Cela correspond aussi à l'anamnèse que nous avons recueillie auprès de l'expertisée, qui nous a déclaré qu'elle a très mal vécu le décès de son père et a éprouvé des sentiments de tristesse et d'angoisse intense pendant au moins un an après son décès, qui remontait à septembre 2012.

En tout cas la sémiologie anxieuse et dépressive, qui a certainement été plus intense en 2013 qu'elle ne l'est aujourd'hui, est maintenant modérée et ne correspond ni à un épisode dépressif franc ni à un trouble anxieux spécifique. D'où notre diagnostic de trouble anxieux

et dépressif mixte, caractérisé par la présence d'éléments anxieux et dépressifs peu spécifiques et non sévères.

Les plaintes douloureuses alléguées par l'expertisée ne possèdent pas, selon les Drs O. _____ et K. _____, de substrat organique objectivable susceptible d'expliquer leur ampleur et leur durée. Pour notre part nous ne retenons pas le diagnostic de *syndrome douloureux somatoforme persistant* car le critère principal de psychogenèse des douleurs, selon la CIM-10, est absent ici. Il n'y a en effet chez l'expertisée pas d'évidence de conflit émotionnel grave ni problèmes psycho-sociaux sévères.

Nous n'avons pas non plus de signes en faveur d'une fragilité structurelle de la personnalité. Nous devons dès lors admettre que nous n'avons pas d'explication d'ordre psychique au basculement de l'expertisée dans un comportement douloureux et dépendant depuis 2008. Jusque-là elle s'était montrée selon elle - et il n'y a pas d'indice objectif permettant de mettre en question ses dires - active et sociable. Et bien auparavant, elle avait fait preuve d'une grande capacité de « résilience » après la catastrophe naturelle de 1980 et l'émigration en Suisse qui s'en était suivi.

En résumé nous retenons le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte F41.2, pathologie d'intensité très modérée, plus souvent retrouvée en médecine de premier recours qu'en soins psychiatriques."

En relation avec le contexte médico-psycho-social de la fibromyalgie, les experts mentionnent que la co-morbidité psychiatrique est d'intensité légère et étroitement liée au syndrome douloureux, que l'intégration sociale est un peu diminuée au contraire de l'intégration familiale, excellente, que les atteintes somatiques objectives sont bénignes, banales au regard de l'âge de la recourante et n'expliquant ni l'étendue, ni la permanence des douleurs, que les phénomènes somatoformes et assimilés sont présents depuis 2008 environ, que la réponse thérapeutique au traitement n'est que très partielle, que l'état psychique n'est pas cristallisé, faute d'altération sévère respectivement de fixation, et enfin que la limitation d'ordre psychique à faire face aux douleurs est discrète étant donné le caractère léger de dite atteinte psychique. Plusieurs tests ont par ailleurs été pratiqués soit ceux du « Criteria for the classification of Fibromyalgia » selon l'American College of Rheumatology 1990 et du « Preliminary Diagnosis Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity » selon l'American College of Rheumatology 2010, aux résultats tous positifs si ce n'est très fortement positifs, celui du questionnaire Tampa pour l'évaluation de l'indice de

kinésiophobie dans sa version de juin 2005 dont le score s'est révélé hautement significatif, celui également des critères d'une amplification des symptômes selon Matheson révélant plusieurs indices positifs, celui de Gordon Waddell «Illness Behavior - The spectrum of clinical symptoms and signs 1998 », l'assurée présentant dans le cas particulier tous les symptômes et signes du test et enfin, le questionnaire WOMAC dont le score évoquait un haut handicap subjectif, correspondant à l'anamnèse.

De la discussion consensuelle entre les experts concernant la capacité de travail, il ressort que dans le cadre des limitations fonctionnelles admises par le SMR en 2010, auxquelles s'ajoute l'évitement des montées d'échelles ou d'escabeaux, la recourante présente une pleine exigibilité au plan médico-théorique, sans comorbidité d'ordre psychiatrique importante susceptible de modifier ou d'aggraver l'appréciation faite au plan somatique.

S'agissant de l'influence des troubles sur l'activité professionnelle habituelle, les experts ont retenu une interférence nulle dans l'activité d'aide-éducatrice, de l'ordre de 50 % sur celle d'aide familiale ou de femme de ménage, et de 10 % sur les activités de la recourante dans son propre ménage, ceci depuis 2008. L'aggravation avait été passagère sur le plan physique pendant plusieurs mois en 2008-2009, et suivie d'une stabilisation et d'une diminution du traitement qui n'était plus pris au quotidien, avec absence d'objectivation d'une atteinte radiculaire. A partir de septembre 2009, soit du bilan effectué au CHUV par le Dr W._____, établissant clairement les limitations fonctionnelles, la recourante avait recouvré sa capacité de travail telle que retenue au jour de l'expertise, avec les limitations fonctionnelles précitées.

Dans ses déterminations du 28 avril 2015 sur l'expertise du BEM, la recourante a maintenu que factuellement, elle était inapte à tout effort physique, se réservant de démontrer cette incapacité par témoignage de proches.

Quant à l'intimé, il a confirmé sa conclusion en rejet du recours en l'étayant d'un avis du SMR du 31 mars 2015, signé des Drs X. _____ et T. _____, relevant que les experts du BEM avaient procédé à une évaluation précise et impartiale des données subjectives et objectives relatives aux atteintes à la santé de la recourante, assortie d'une analyse à la lumière des connaissances médicales actuelles et d'une confrontation aux éléments médicaux au dossier.

Par avis du 10 juin 2015, les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger. Elles n'ont pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) En l'occurrence, est litigieuse la question du droit éventuel de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, au-delà du 31 décembre 2009.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins

donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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. En outre, les renseignements médicaux 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références).

b) 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

6. Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Aux termes 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

7. La décision de l'OAI du 21 octobre 2011 allouant à la recourante une rente entière d'invalidité avec effet limité dans le temps du 1^{er} septembre au 31 décembre 2009 se fonde plus particulièrement sur l'avis médical du SMR du 26 mai 2010. L'intimé a considéré que l'incapacité de travail et de gain était totale à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi (cf. art. 28 al. 1 let. b OAI), soit au 26 mai 2009, justifiant l'ouverture du droit à la rente à partir du 1^{er} septembre 2009 compte tenu de la date du dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI). L'office a toutefois estimé que l'exercice d'une activité adaptée était en revanche exigible à 100% dès le mois d'octobre 2009, avec un préjudice économique de 3,24% entraînant la suppression du droit à la rente au 31 décembre 2009, soit trois mois après l'amélioration effective (cf. art. 88a al. 1 RAI).

La recourante, pour sa part, a allégué la persistance d'une pleine incapacité de travail au-delà de septembre 2009.

Dans le cadre de la présente procédure judiciaire, la recourante a fait l'objet de deux expertises pluridisciplinaires, la première par les Drs L._____, F._____, P._____ du Centre d'expertises des HUG, avec le concours du Dr I._____, la seconde par les Drs K._____, G._____ et O._____ du BEM.

a) S'agissant des diagnostics somatiques incapacitants, les deux collèges d'experts s'accordent à retenir une atteinte à la colonne vertébrale. Les premiers experts posent en effet les diagnostics de lombosciatalgies gauches, chroniques, persistantes, de scoliose lombaire sinistro-convexe, de discopathies lombaires pluri-étagées, de protrusion discale latérale et foraminale L5-S1, d'arthrose inter-facettaire lombaire et les seconds experts, celui de spondylodiscarthrose débutante au niveau cervical et lombaire avec discopathie L5-S1. Ces distinctions ne sont pas déterminantes sous l'angle de l'examen en droit, sachant que le terme de discopathie désigne toutes les maladies touchant les disques intervertébraux et que l'absence de mention par les premiers experts de la spondylodiscarthrose, s'explique vraisemblablement par le temps séparant les deux expertises dans la mesure où cette atteinte est qualifiée de débutante par les experts du BEM. Les experts des HUG énumèrent encore à titre d'atteintes incapacitantes des dysbalances musculaires des ceintures scapulaire et pelvienne ainsi qu'un déconditionnement physique global de la recourante, sans cependant préciser en quoi ces atteintes entraîneraient à elles seules une incapacité de travail. Ces deux troubles n'ont pas pour autant échappé aux experts du BEM. Ils citent les dysbalances musculaires dans le cadre de l'examen clinique et considèrent le déconditionnement physique sans influence sur la capacité de travail, rejoints dans cette appréciation par le SMR (avis du 13 octobre 2013). La divergence entre les deux expertises s'agissant de l'effet incapacitant des dysbalances musculaires et du déconditionnement physique est néanmoins sans incidence. En effet, il peut être pallié à ces deux atteintes par une physiothérapie et le suivi d'un tel traitement

pourrait être exigible de la recourante, compte tenu de l'obligation de réduire le dommage (art. 6 LPGA et 7 al. 1 LAI). Les autres diagnostics somatiques posés par les deux groupes d'experts n'étant ni qualifiés d'incapacitants, ni controversés, la divergence entre les deux expertises touche à ce stade essentiellement à l'évaluation de la capacité de travail.

Les premiers experts retiennent une capacité de travail nulle en toutes activités alors que selon les seconds experts, elle est, pour les activités antérieures, entière dans celle d'aide-éducatrice, de 50% dans celle d'aide familiale, et pour une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, entière dès après le bilan effectué en septembre 2009 par le Dr W. _____.

Le rapport d'expertise séparé du Dr I. _____ ne saurait être considéré comme convaincant. Il retient une incapacité de travail dans une activité adaptée en se fondant sur l'allégation de douleurs par l'assurée, plus particulièrement l'énoncé par celle-ci de l'impossibilité de maintenir une position assise ou debout prolongée de plus de 10 ou 20 minutes. Or, l'expert I. _____ n'étaye pas cette limitation sur la base de l'examen clinique objectif, ni des examens IRM ou radio.

Quant à l'examen clinique pratiqué par les experts L. _____, F. _____ et P. _____, il s'avère de fait incomplet, l'attitude de l'assurée les ayant incités à restreindre l'examen orthopédique aux points leur semblant importants et possibles à réaliser. Ils précisent que la sténose foraminale L5-S1 n'explique que partiellement le handicap fonctionnel sévère ressortant du test d'Oswestry et que l'association de plusieurs entités pathologiques pourrait être à l'origine de ce résultat, sans cependant développer plus avant cette hypothèse. Ils mentionnent des points de fibromyalgie, dont le diagnostic est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, spécialisation qu'aucun des experts des HUG n'a acquise. Par ailleurs, en la matière, il convient de requérir l'avis d'un psychiatre lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive

sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3; TF I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.2). Enfin, le test d'Oswestry est un test d'auto-évaluation, donc subjectif, et ses résultats ne sont pas analysés par les experts.

D'une manière générale, l'expertise du BEM peut être considérée comme concluante. Le travail fourni par ses auteurs est de qualité et exhaustif. Les experts font notamment mention des rapports du dossier AI ainsi que du dossier radiologique. L'anamnèse est complète et prend en compte d'une manière détaillée et séparément pour chaque spécialisation les plaintes subjectives de la recourante. L'examen clinique est approfondi et l'exposé des plaintes circonstancié. Les conclusions sont claires, précises et les explications pour retenir tel ou tel diagnostic, respectivement écarter un diagnostic différentiel, ou pour interpréter tel ou tel résultat sont convaincantes.

En ce qui concerne le volet somatique, les experts ont plus particulièrement détaillé les éléments anamnestiques et cliniques leur permettant de conclure au caractère éminemment subjectif des douleurs alléguées, soit un état général bien conservé, l'incompatibilité des faibles résultats des tests fonctionnels avec un état musculaire qualifié de correct, l'absence d'amyotrophie du membre inférieur gauche, la présence d'un tannage plantaire significatif. L'expertise permet également d'appréhender l'évolution de l'état de santé de la recourante et ceci jusqu'à la date déterminante de la décision administrative du 25 octobre 2011, qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). Les experts du BEM ont par ailleurs justifié la divergence de leurs conclusions de celles de leurs homologues des HUG s'agissant de l'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Les avis des médecins traitants n'autorisent aucune contestation de l'expertise du BEM. Notamment, le Dr W. _____ mentionne dans son rapport du 2 juin 2009 un examen neurologique tout à fait physiologique et dans celui du 9 septembre 2009 des limitations

fonctionnelles fortement similaires à celles retenues par les experts. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail de sa patiente au contraire des Drs Q._____ et V._____ qui attestent d'une incapacité totale en toutes activités depuis le 26 mai 2008, sans cependant motiver cette appréciation. Au demeurant, ces deux praticiens se sont prononcés sans nécessairement tenir compte de la situation somatique dans son ensemble, respectivement sans disposer des compétences spécialisées idoines. Par opposition, les spécialistes du BEM ont procédé en toute connaissance de cause à une évaluation globale du cas particulier, tant sous l'angle de la rhumatologie que de la médecine interne et de la neurologie, et ont exposé de manière convaincante leur appréciation quant à l'exigibilité d'une activité adaptée aux restrictions physiques. Les conclusions consensuelles et motivées de ces experts doivent dès lors être suivies.

A cela s'ajoute que les médecins du SMR ont admis qu'il n'y avait aucun motif médical de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du 10 mars 2015 (cf. avis médical du 31 mars 2015).

b) S'agissant de l'état de santé psychique de la recourante, les experts des HUG retiennent un état dépressif, exclusivement sur la base d'un test d'auto-évaluation. Faute de mention des critères objectifs ressortant de l'anamnèse ou de l'examen clinique et ayant valeur de diagnostic dans l'une ou l'autre des deux classifications internationales reconnues (CIM-10 ou DSM-IV), l'avis des experts des HUG ne saurait être retenu, d'autant plus lorsque comme en l'espèce aucun d'eux n'est au bénéfice d'une spécialisation en psychiatrie.

Quant à l'expert psychiatre du BEM, il retient le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) pathologie qualifiée d'intensité légère et n'entraînant pas de limitations fonctionnelles justifiant une diminution de la capacité de travail ou de rendement, ni l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. A l'appui de ce diagnostic, il relève l'inconstance des symptômes d'ordre dépressif et l'absence de signes dépressifs objectifs comme du syndrome somatique de la

dépression de même qu'une sévérité insuffisante de l'anxiété pour retenir un trouble anxieux spécifique.

L'expert psychiatre expose encore pour quelles raisons les experts des HUG ne sauraient être suivis lorsqu'ils mentionnent un « état dépressif » ou un « probable état dépressif réactionnel », soit l'absence d'observation clinique et l'impossibilité de retenir un tel diagnostic sur la seule base d'un questionnaire consistant en une échelle d'auto-évaluation.

En relation avec le rapport du Dr H._____, il sera préalablement relevé que de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

Cela étant, dans la mesure où la recourante a consulté le Dr H._____ à partir de septembre 2013, soit postérieurement à la décision litigieuse, les observations de ce médecin ne seront discutées que dans la mesure où elles concernent la période antérieure au 21 octobre 2011. En l'espèce, le Dr H._____ a posé le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuellement moyen », lequel, par définition, suppose l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs. Or, aucun élément au dossier ne permet de retenir des antécédents d'épisodes dépressifs, l'expert s'en étant de surcroît assuré à la faveur d'un entretien avec le Dr H._____. L'expert a encore réfuté, motifs convainquants à l'appui, l'existence chez la recourante d'une pathologie psychotique comme d'une intelligence limitée. Enfin, l'expert a remarqué pertinemment qu'à l'époque de son examen par les experts des HUG comme de ses consultations auprès du Dr H._____, la recourante était encore sous le coup du deuil de son père,

de telle sorte que la sémiologie « dépressive » observée par ces praticiens relevait selon toute vraisemblance davantage du deuil que de la dépression à proprement parler.

Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte posé par l'expert ne saurait dès lors être remis en question, de même que l'absence de caractère incapacitant de ce trouble.

Les experts des HUG ont encore observé chez la recourante l'existence de points de fibromyalgie, sans cependant leur conférer valeur de diagnostic. En revanche, les experts du BEM ont retenu ce diagnostic. Ils estiment cependant la fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail.

La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_815/2008 du 29 mai 2009 ; cf. aussi ATF 139 V 346 consid. 2).

Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'appréciation des effets des affections psychosomatiques sur la capacité de travail. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma

d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue des critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle concerne non seulement les troubles somatoformes douloureux persistants mais aussi les troubles psychosomatiques comparables (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Elle n'influe cependant pas la jurisprudence issue de l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité et jurisprudence citée).

Dans la mesure où les experts du BEM ont retenu, sur la base des anciens critères, que la fibromyalgie affectant la requérante ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente.

Il est lieu de préciser ici que dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a néanmoins maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact.

En l'espèce, l'anamnèse et examen clinique de la recourante par les experts du BEM ont révélé que l'intéressée ne prenait pas de médicament antalgique au quotidien et avait refusé tout traitement de physiothérapie ou analogue, à l'exception d'une cure thermale offerte par ses enfants, que son état général était parfaitement conservé, qu'elle demeurait vive et tonique lors de l'énoncé de ses doléances et avait gardé le focus de l'attention tout au long des examens. Son comportement était variable en fonction de la distractibilité et de l'expert et elle présentait une gestuelle spontanée sans limitation lorsqu'elle ne se sentait pas observée de telle sorte que les experts ont retenu une alternance de comportements douloureux fluctuants. Il existait en outre une discrédance entre l'allégation d'être passablement couchée et un tannage plantaire marqué. L'intégration familiale était demeurée excellente et l'intégration sociale n'était que peu diminuée. Les experts ont finalement conclu à l'existence d'éléments d'amplification et de discordances jouant une part importante dans la présentation clinique.

L'exagération des symptômes étant manifeste, un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence est réalisé.

c) En conséquence, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante persistant au-delà de septembre 2009, c'est à juste titre que la rente d'invalidité entière a été supprimée avec effet au 31 décembre 2009. Temporellement et l'expertise du BEM le confirme, l'OAI était légitimé à retenir la date du dernier examen du Dr W. _____ le 9 septembre 2009 pour fixer le point de départ de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, le délai de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI venant ainsi à échéance le 31 décembre 2009.

d) Vérifié d'office, le calcul du préjudice économique réalisé par l'OAI concluant à un taux d'invalidité de 3,24% n'est pas critiquable.

C'est en effet à juste titre que l'OAI s'est référé, en l'absence de reprise d'activité, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus exactement au salaire auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des tâches simples et répétitives dans le secteur privé en 2008 (ESS 2008, TA1; niveau de qualification 4). L'OAI n'a pas non plus excédé son pouvoir d'appréciation en arrêtant à 10% la réduction du salaire d'invalidé pour tenir compte des circonstances concrètes, en l'occurrence des limitations fonctionnelles (ATF 126 V 175).

e) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction complémentaires requises par la recourante, à savoir l'audition de témoins à même d'attester de la péjoration de son état de santé et de ses difficultés au quotidien. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, étant rappelé que le diagnostic d'atteintes à la santé comme l'appréciation de leur caractère incapacitant relèvent de la compétence du corps médical (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Enfin la recourante n'a pas formellement requis l'audience publique prévue à l'art. 6 CEDH.

8. Cela étant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Vu l'issue du litige, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, doit supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 francs compte tenu de la nature et de la complexité du litige.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 21 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de C._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jacques Baumgartner (pour C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :