

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assurée), née en 1972, a travaillé dès le 1^{er} février 2011 en qualité d'aide infirmière dans un établissement médico-social, la Résidence [...] à Lausanne. Elle était à ce titre assurée auprès d'H._____ contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) et bénéficiait également auprès de cette compagnie d'une assurance d'indemnités journalières maladie LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10).

Le 13 juin 2011, dans le cadre de son travail, l'assurée a chuté sur le sol en tentant de rattraper une résidente ; dans sa chute, elle s'est tapé le bas du dos sur la barrière métallique du lit. Une contusion lombaire a été diagnostiquée par la Dresse L._____ du Centre médical de [...], et de courtes incapacités de travail, les 13 et 14 juin puis du 17 au 26 juin 2011, ont été prescrites. Le traitement médical a pris fin le 20 juin 2011, date de la dernière consultation chez son médecin traitant, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale.

Ensuite de la déclaration de sinistre complétée le 23 juin 2011 par l'employeur, H._____ est intervenue dans la prise en charge des conséquences de cet événement dans le cadre de l'assurance-accidents.

b) Le 11 novembre 2011, en raison de douleurs permanentes du bas du dos depuis l'accident, l'assurée s'est rendue en consultation chez le Dr I._____, lequel a attesté une nouvelle incapacité de travail de 100% dès le jour de la consultation. Par déclaration de sinistre du 19 novembre 2011, l'assurée a annoncé à H._____ une rechute de l'accident du 13 juin 2011.

Le 23 novembre 2011, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire a été réalisée ; il apparaissait une discopathie L5-S1 avec légère réaction inflammatoire des plateaux

vertébraux adjacents, une hernie discale postéromédiane gauche légèrement luxée inférieurement susceptible d'irriter la racine S1 gauche, une hypertrophie des ligaments jaunes contribuant à rétrécir le canal lombaire ainsi que des signes de sacro-iléite droite.

Dans un rapport médical du 9 janvier 2012, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assurée le 22 novembre 2011, laquelle se plaignait de lombosciatalgie gauche, d'une hypersensibilité L4-L5 gauche, d'une surcharge de l'articulation sacro-iliaque gauche et d'une lésion discale sévère L5-S1. Il a mentionné que la décompensation aiguë des lésions discales, particulièrement à l'articulation sacro-iliaque, était due uniquement à l'accident. Il a attesté une incapacité de travail totale du 22 novembre 2011 au 10 janvier 2012.

Le dossier de l'assurée a été soumis au médecin-conseil d'H._____, aux fins de savoir si les troubles pour lesquels elle avait consulté dès le 22 novembre 2011 étaient en relation avec l'événement du 13 juin 2011. De l'avis du médecin-conseil du 26 janvier 2012, la causalité n'était que possible au vu des troubles dégénératifs mis en évidence par l'IRM et le *statu quo sine* était atteint le 26 juin 2011 à la reprise du travail, respectivement à la date de fin du traitement.

L'assurée a été licenciée avec effet au 31 janvier 2012.

Dans un courrier du 26 février 2012 adressé au conseil de l'assurée, le Dr V._____ a mentionné que l'événement traumatique du 13 juin 2011 était l'élément déclencheur des signes cliniques ayant nécessité l'incapacité de travail, précisant que l'anamnèse des problèmes de colonne vertébrale avec les dates d'apparition des signes cliniques coïncidait avec la date de l'accident. Il ajoutait que l'aspect de la lésion discale entre la cinquième vertèbre lombaire et la première vertèbre sacrée, telle que visualisée par l'IRM du 23 novembre 2011, montrait la présence d'un signe de Modic de type I, donc une instabilité récente du disque intervertébral. Il considérait que l'assurée avait pris trop

rapidement le parti de continuer son travail au mépris de sa santé et des douleurs ressenties ; cette attitude avait entraîné une décompensation de la pathologie du rachis lombaire constatée lors de l'examen du 22 novembre 2011.

c) Le 7 mars 2012, R._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente, en raison de la contusion lombaire survenue lors de l'accident du 13 juin 2011 et d'une « reprise du travail trop tôt ».

Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), H._____ a transmis le dossier constitué en faveur de l'assurée, précisant avoir confié au Dr C._____, spécialiste en neurologie, le soin d'effectuer une expertise médicale.

A la demande de l'OAI, le Dr V._____ s'est prononcé dans un rapport du 15 mars 2012, rappelant le traumatisme lombaire survenu le 13 juin 2011. Il a posé les diagnostics de syndrome lombaire modeste et maladie de Baastrup, de destruction inflammatoire du disque L5-S1 avec impression L5 gauche et d'arthrose des articulations sacro-iliaques, comme affectant la capacité de travail. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide infirmière depuis le 22 novembre 2011, estimant qu'une reprise de l'activité professionnelle respectivement une amélioration de la capacité de travail était attendue, mais à fixer selon l'évolution clinique.

Dans le rapport du 5 juillet 2012 résultant de l'expertise effectuée le 1^{er} juin précédent, le Dr C._____ a posé les diagnostics de status après contusion lombo-sacrée le 13 juin 2011 et de développement d'un syndrome douloureux chronique secondaire. Il relevait un tableau douloureux floride, dépassant largement les suites de l'accident, et soulignait que les remarques du Dr V._____ quant à l'existence d'une instabilité dorsolombaire ne lui semblaient pas pertinentes pour expliquer la symptomatologie dépassant largement un contexte locorégional comme

il le décrivait ; l'ensemble de la symptomatologie était améliorée lorsque l'expertisée se levait et bougeait, et le fait que la douleur réapparaissait lors des activités ménagères, de travail ou de port de charges n'était pas suffisant pour expliquer l'existence d'une telle pathologie. Il n'existait aucune atteinte neurologique limitant l'assurée dans ses activités professionnelles et le traumatisme avait été insuffisant pour engendrer des lésions disco-ligamentaires importantes. Il estimait que les douleurs directement inhérentes à une contusion lombaire devaient être limitées à la deuxième reprise de travail, le 26 juin 2011.

Le 10 septembre 2012, le conseil de l'assurée a remis à l'OAI un courrier qu'il avait adressé au Dr O._____, médecin traitant de l'assurée depuis mai 2012, avec les réponses annotées par ce dernier. Il en résultait que l'assurée souffrait d'un stress post-traumatique réactionnel et d'une lésion Modic stade I, en relation directe avec le choc traumatique. Invité ensuite par l'OAI à se prononcer sur l'état de sa patiente, le Dr O._____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de traumatisme rachidien et de status post-traumatique réactionnel. Il attestait une incapacité de travail totale dans l'activité d'auxiliaire de soin, activité dont la reprise devait dépendre de l'évolution clinique avec suivi psychiatrique, en soulignant que la patiente présentait une instabilité émotionnelle avec de possibles traits paranoïdes, en sus de limitations physiques pour la station debout et le port de charges (cf. rapport du 16 novembre 2012).

Dans un rapport adressé à l'OAI le 18 septembre 2012, le Dr M._____, psychiatre traitant, a mentionné une « véritable et profonde dépression » en raison des douleurs et limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne de l'assurée, et d'une incapacité de travail de longue durée ayant engendré son licenciement. Il a exposé que l'assurée avait des réminiscences pénibles de toutes sortes de situations, avec un sommeil perturbé par des cauchemars, qui n'était plus réparateur. La réaction de son employeur et celle de l'assureur-accidents avaient, selon les termes du Dr M._____, eu raison de sa capacité de résistance et donnaient lieu à un véritable PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Le

psychiatre était d'avis que l'état psychologique actuel n'était pas propice à des mesures de réadaptation mais une nouvelle formation pourrait être suivie « sans aucun problème » sitôt que la situation psychologique de sa patiente serait nettement améliorée.

L'OAI a ensuite pris connaissance du rapport du Dr M. _____ adressé le 4 février 2013 au médecin-conseil d'H. _____. Le psychiatre traitant expliquait avoir reçu en consultation, le 14 mars 2012, une patiente extrêmement déprimée et désespérée par sa situation physique (douleurs importantes la limitant dans ses mouvements), professionnelle (arrêt de travail entraînant un risque important de perte d'emploi) et asséculogique (conflit autour de l'attribution de ses problèmes physiques et psychologiques à l'accident du 13 juin 2011). Selon lui, on pouvait cliniquement parler d'état anxiodépressif sévère, étant précisé que l'accident s'était produit dans un contexte de solitude quasi-totale ; l'assurée n'avait pas tissé de liens sociaux solides depuis son arrivée en Suisse en 2005 et sa fille était partie à Lyon pour ses études. Ce départ fut un déchirement pour l'assurée, laquelle « fut à un doigt de faire un tentamen médicamenteux, s'arrêtant après la prise de quelques comprimés, se rendant compte de l'aspect dérisoire de son geste et pensant à sa fille ». L'incapacité de travail demeurait totale, sa patiente n'étant toujours pas prête à reprendre le travail, même à temps partiel, et il ignorait dans quelle mesure son cahier des charges pourrait être adapté aux fins de ménager son dos.

d) Par décision du 29 octobre 2012, confirmée par décision sur opposition du 12 mars 2013, H. _____ a mis un terme aux prestations d'assurance LAA au 26 juin 2011, refusant de ce fait la prise en charge de la rechute du 11 novembre 2011. A compter de cette date, elle est intervenue au titre de l'assurance-maladie, diligentant une expertise pluridisciplinaire auprès du Bureau d'Expertises médicales à Vevey (ci-après : BEM) aux fins de se déterminer quant à la poursuite du versement des indemnités journalières.

L'assurée a été examinée le 11 février 2013 au BEM par la Dresse S._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expertise a été réalisée sur la base du dossier d'H._____, des documents médicaux de l'assurance-invalidité, des examens rhumatologique et psychiatrique et du dossier radiologique de l'assurée. Dans leur rapport du 17 avril 2013, les experts ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de spondylodiscarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie (M 47.8) et de trouble panique (F 41.0) ; ils ont retenu comme sans répercussion sur la capacité de travail un status après contusion lombaire en juin 2011 (S 30.0), une insuffisance pondérale (E 45), un status après appendicectomie par voie laparoscopique et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Sur le plan somatique, la Dresse S._____ s'est prononcée sur la situation actuelle en ces termes :

« Les douleurs restent très étendues, à une haute intensité décrite mais sans médication importante en relation. De la longue liste de médicaments que Mme nous a présentée, elle n'avait pris le jour de l'expertise qu'un seul comprimé de Zaldiar® (antalgique de palier II) tôt le matin si bien que vu la demi-vie courte de ce médicament, et l'absence d'autre médicament, nous n'avons pas estimé nécessaire d'effectuer un monitoring thérapeutique. Nos examens cliniques ont été réalisés sans l'imprégnation de ses médicaments habituels.

Mme décrit un lourd handicap au quotidien et de hauts indices de kinésiophobie selon Tampa (cf. questionnaires annexés).

L'examen clinique montre une patiente en insuffisance pondérale, triste mais pouvant s'animer, devenir vive et tonique. Elle est soignée. Elle n'est pas déconditionnée. L'examen de l'appareil locomoteur est parasité de discordances multiples. Une allodynie généralisée est évidente, dépassant largement les sites insertionnels d'une fibromyalgie. Il n'y a pas de syndrome lombovertébral ni cervical significatif reproductible. La gestuelle spontanée n'est pas limitée. Elle est harmonieuse sans phénomène de protection lombaire. Ses articulations périphériques sont souples.

Il n'y a pas d'évidence d'atteinte radiculaire, ni irritative ni déficitaire. Le déficit sensitif annoncé par le Dr V._____ en L4 et L5 est largement dépassé puisque Mme évoque une hypoesthésie de tout le membre inférieur gauche sans héminégligence associée, sans trouble proprioceptif. Ce déficit subjectif très étendu dépasse une entité anatomique reconnue.

Au plan radiologique, il est confirmé une discarthrose sévère avec une hernie discale L5-S1 gauche, sans signe compressif radiculaire.

Cette discarthrose donne lieu à des lésions de Modic évolutives qui se rapprochent sur la dernière IRM du stade non inflammatoire. Cela devrait correspondre à une réduction progressive des symptômes.

L'absence d'amyotrophie segmentaire rachidienne et sur le myotome au niveau de cette discopathie sévère est un argument signant l'absence de dysfonction majeure. Etant donné les discordances, les phénomènes d'auto-limitation, pour cette raison, nous n'avons pas jugé utile de faire réaliser des clichés fonctionnels car il est important pour l'analyse que le patient se soumette sans limitation aux mouvements extrêmes qu'il peut réaliser avec son rachis.

Ce qui est préoccupant chez cette expertisée c'est l'étendue du symptôme douloureux. La faible réponse aux mesures thérapeutiques voire l'accentuation du trouble sous physiothérapie fait partie des résistances thérapeutiques bien connues des troubles douloureux chroniques somatoformes alors qu'une pathologie rachidienne dégénérative dont les symptômes auraient montré des caractéristiques mécaniques plus nettes, une localisation douloureuse stable, et auraient sans doute mieux répondu au traitement symptomatique bien conduit, selon mon expérience clinique.

Le fait que Mme se soit présentée à l'expertise sans avoir pris beaucoup de médication laisse supposer que la douleur garde un degré de tolérance supportable. Elle affichait une tristesse mais pas un faciès douloureux.

Au plan somatique, je conclus à un trouble dégénératif rachidien prédominant à la jonction lombosacrée, constituant un état antérieur à la chute du 13.06.2011 car il est présent sur les premières radiographies le jour-même et une telle atteinte met plusieurs années à se constituer. Cet état antérieur a connu une décompensation passagère que l'on peut évaluer d'une durée d'un bon mois avec restitution d'un statu quo sine dès juillet 2011. Il constitue une limitation relative dans l'activité d'aide-soignante.

Si l'on s'en tient à la description de ce type de poste de travail, Mme peut aider une personne âgée dans la guidance de la toilette ou de l'habillage, pour lui apporter ses médicaments, pour l'aider à se rendre aux repas, aider les personnes qui ont encore leur autonomie aux transferts. Elle ne peut plus assurer à elle seule le transfert d'une personne impotente ne pouvant se tenir de manière stable sur ses jambes.

Selon le degré d'impotence des personnes d'un home on peut évaluer que cela constitue une IT partielle de l'ordre de 20 % et justifie des mesures professionnelles.

Il serait utile à ce stade d'obtenir de l'infirmière cheffe de son ancien poste la répercussion des transferts de personnes ne pouvant faire usage de leurs jambes et de l'équipement du home en moyens auxiliaires pour les transferts.

Rappelons qu'il existe des techniques enseignées par les physiothérapeutes et les ergothérapeutes aux équipes soignantes pour assurer ces transferts de manière ergonomique.

Dans une activité adaptée, respectant ces limites et ne nécessitant pas de soulever de manière occasionnelle des charges de plus de 15 kg et répétitives de plus de 5 kg, avec des alternances de position, je ne vois pas de limitation de la CT.

Le diagnostic différentiel comportait la survenue d'une maladie invasive osseuse, un rhumatisme inflammatoire axial, une algodystrophie vertébrale. Nous n'avons pas de critère pour des lésions osseuses érosives, pour une spondylarthrite, les sacro-iliaques ne sont pas inflammatoires radiologiquement, il n'y a pas de shiny corner, pas de syndesmophyte et Mme reste souple, il n'y a pas de manifestations périphérique ni extra-articulaire. Nous n'avons pas retenu les critères d'une algodystrophie selon Harden. L'allodynie et les douleurs ne sont pas en corrélation avec les critères d'une douleur neuropathique. Notre examen n'a pas évolué depuis l'examen du Dr C. _____ en 2012. »

Sur le plan psychiatrique, le Dr K. _____ a fait valoir notamment ce qui suit :

« La plainte principale de l'expertisée est l'existence de douleurs intenses, persistantes depuis l'accident du 13 juin 2011, et qualifiées par elle d'invalidantes. Selon l'expertise rhumatologique, ces plaintes douloureuses ne peuvent que très partiellement être imputées aux atteintes somatiques objectivées. Comme les douleurs motivent des démarches thérapeutiques réitérées et qu'elles surviennent dans un contexte psycho-social pénible (isolement socio-culturel relatif, autonomisation de la fille, conflit avec l'employeur et l'assureur), le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant se justifie.

A côté des douleurs, l'expertisée a présenté dans les suites de l'accident professionnel de juin 2011 des symptômes anxieux et dépressifs dont la sévérité est difficile à évaluer rétroactivement en l'absence de documents établissant les manifestations objectives. Ces symptômes sont devenus significatifs surtout à partir de janvier 2012, après l'annonce de son licenciement. Pour expliquer ces symptômes, l'expertisée met en avant l'importance et la durée des douleurs, leurs répercussions professionnelles ainsi que le sentiment d'injustice éprouvé face à l'attitude de l'employeur et de l'assureur accident. D'autres facteurs ont pu contribuer à leur émergence, notamment le sentiment d'abandon lié au départ de sa fille pour Lyon et peut-être à un conflit sentimental.

Pour ce qui est de la qualification des symptômes anxieux et dépressifs, le tableau actuel met en évidence :

- un syndrome dépressif incomplet

- un élément anxieux atteignant le degré d'un trouble spécifique.

Le syndrome dépressif est incomplet car l'humeur est variable, plutôt en baisse mais pas de manière constante ; l'énergie est diminuée mais l'intérêt et le plaisir sont conservés pour de multiples activités (lecture, musique, rencontres avec des amis). Le syndrome somatique de la dépression n'est pas présent. Les symptômes dépressifs n'atteignent donc pas le degré d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10, ni celui d'un autre trouble de l'humeur ayant valeur de maladie. Le Dr M. _____ n'a pas non plus retenu le diagnostic d'épisode dépressif. Les éléments dépressifs subjectifs résiduels encore présents doivent plutôt être compris comme des manifestations d'accompagnement du trouble anxieux décrit ci-après.

Pour ce qui est de l'anxiété, les premiers symptômes ont été d'abord peu spécifiques selon l'anamnèse (troubles du sommeil et de l'appétit, ruminations inquiètes autour de l'accident). A partir d'avril 2012, l'anxiété est devenue plus structurée avec la survenue de deux épisodes ayant toutes les caractéristiques de l'attaque de panique, avec notamment peur de perdre connaissance et d'être atteinte d'une affection grave. Depuis lors il persiste un degré d'anxiété diffuse relativement important, même si l'expertis[ée] déclare pouvoir contrôler les épisodes anxieux. Le malaise survenu lors de l'examen rhumatologique de la présente expertise s'apparente lui aussi à une attaque de panique (malaise avec peur intense de tomber).

Il nous semble que le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (43.22) en relation avec divers facteurs de stress soit celui qui convienne le mieux au syndrome anxio-dépressif observé à partir de janvier 2012. Divers facteurs de stress ont à l'origine de cette réaction : le licenciement, le sentiment de non-reconnaissance par l'employeur et par l'assureur accident, l'éloignement de sa fille, peut-être une rupture sentimentale, voire des violences subies auparavant, dont l'expertisée évoque l'existence sans donner de date ni de précision. A partir d'avril 2012 l'anxiété s'est structurée sous la forme d'un trouble panique. Il existe un certain degré d'évitement de type agoraphobique (foules, lieux publics et fermés) mais il ne paraît pas assez massif, en l'état, pour justifier le diagnostic d'agoraphobie.

Il ne nous paraît pas possible de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) avancé par le psychiatre traitant. Cela pour deux raisons. La première est que l'accident de 13.06.2011 n'était pas de nature à atteindre le degré de sévérité requis pour ce diagnostic (danger de mort ou d'atteinte grave à l'intégrité physique). La seconde est que l'expertisée ne présente pas les symptômes typiques de l'ESPT. Les réminiscences de l'accident sont surtout mentales, car l'expertisée « pense » à l'accident à ses circonstances et à ses conséquences, avec inquiétude et amertume, plus qu'elle ne le revit réellement et sensoriellement sous la forme de flash-backs. Il n'y a pas d'évitement cognitif (l'expertisée relate l'événement sans réticence) ni d'émotion visiblement associée au récit de l'accident. Par ailleurs les autres facteurs de stress susmentionnés sont impliqués dans les symptômes anxio-dépressifs.

Au vu de la réaction émotionnelle intense de l'expertisée à l'évocation de violences subies de la part du mari, il n'est pas exclu qu'une composante anxieuse existe en rapport avec ce facteur de stress, pouvant peut-être même atteindre le degré d'un état de stress post-traumatique. Comme l'expertisée a exprimé le souhait de ne pas aborder ce sujet avec nous, nous ne pouvons pas en dire plus.

Pour ce qui est de la personnalité, lors du présent l'expertisée s'est montrée très méticuleuse et soucieuse du détail. Il n'y a cependant pas d'évidence que ces traits atteignent le degré d'un véritable trouble de la personnalité anankastique.

En résumé nous retenons les diagnostics CIM-10 suivants :

- syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4
- trouble panique F41.0.

Capacité de travail

Actuellement il n'y a plus de limitations fonctionnelles liées au trouble anxieux qui justifient une incapacité de travail totale et durable. Les épisodes anxieux aigus sont relativement rares et maîtrisés, et n'entraînent pas un évitement social massif. Il existe un sentiment d'insécurité persistant lié au trouble anxieux, sentiment renforcé par la prescription de l'arrêt de travail de longue durée et par le confinement à domicile relatif qui en a résulté. Dans ce contexte, on peut envisager une reprise de travail à 50% dès maintenant, et une augmentation de la capacité de travail dans un délai d'un mois.

Il n'y a pas d'indication psychiatrique à un changement d'activité professionnelle.

Pour ce qui est du trouble somatoforme, le caractère invalidant est déterminé par des critères juridiques. Il revient au psychiatre expert de décrire le contexte médico-psycho-social du trouble somatoforme.

Contexte médico-psycho-social du trouble somatoforme douloureux

Comorbidité psychiatrique

Il existe une comorbidité psychiatrique, le trouble panique. Celui-ci est de gravité modérée. Il est indépendant du trouble douloureux même s'il a pu trouver un facteur déclencheur de départ dans l'accident du 13 juin 2011.

Intégration sociale

L'expertisée déclare vivre seule et sans relation sentimentale investie. Elle a toutefois un réseau social d'amis, réseau qu'elle

entretient. Elle a en outre des relations régulières avec sa fille (et même avec son ex-mari, selon certaines de ses déclarations) ainsi que, par le truchement d'internet, avec sa sœur et sa mère restées en Ukraine.

Atteinte[s] somatiques

Celles-ci sont très modérées selon l'experte rhumatologue à l'âge de l'expertisée.

Durée des troubles et réponse aux traitements

Le trouble douloureux remonte maintenant à 18 mois. Cette durée ne se compte pas (encore) en années, mais il persiste néanmoins depuis l'accident et n'a été que peu amélioré par les divers traitements prescrits lege artis.

Etat psychique cristallisé

On ne peut pas dire que l'état psychique soit « cristallisé » puisque celui-ci n'est pas franchement sévère et qu'il est évolutif. Il s'est en partie amélioré subjectivement et s'est structuré sur le mode d'un trouble panique qui devrait répondre favorablement au traitement (cf infra).

Relation avec l'accident

L'accident du 13 juin 2011 a pu provoquer une réaction anxio-dépressive légère pendant quelques jours, au plus quelques semaines. La durée, l'intensité et la structuration des troubles sur le mode d'un trouble panique ne peuvent en aucun cas s'expliquer par cet événement. D'autres facteurs que cet accident, endogènes et exogènes doivent être invoqués. La relation de causalité naturelle avec l'accident peut être admise jusqu'au 30 juin 2011. »

Sous l'intitulé « Discussion consensuelle entre les experts », les Drs S. _____ et K. _____ ont retenu une diminution de la capacité de travail de 20% en raison de l'atteinte somatique, dès la récurrence de lombalgie avec sciatologie gauche en novembre 2011, dans un poste d'aide infirmière nécessitant le port de charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnellement de plus de 15 kg. Ils se ralliaient en outre à l'avis de l'expert C. _____ s'agissant du *statu quo sine*. Les experts ont considéré par ailleurs que dans une activité adaptée, correspondant à l'ancienne activité de l'assurée mais avec des aménagements, cette dernière présentait une capacité de travail entière sur le plan somatique ; la comorbidité psychiatrique justifiait quant à elle une incapacité de travail de 50% pour la durée d'un mois encore à compter de la date de l'expertise.

Les experts ont encore précisé que le haut score de kinésiophobie et le lourd handicap allégué subjectivement constituaient des facteurs de mauvais pronostic pour une reprise professionnelle.

Sur la base des conclusions des experts du BEM et des certificats médicaux obtenus des Drs V.____ et M.____, H.____ a reconnu le droit de l'assurée au versement d'indemnités journalières à 100% jusqu'au 3 avril 2013, puis à 50% jusqu'au 31 juillet 2013 (cf. décision du 4 juin 2013, confirmée successivement par décision sur opposition du 26 juillet 2013 et arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 18 juin 2015 [AM 38/13 - 23/2015]).

e) Le 13 juin 2013, le conseil de l'assurée a informé l'OAI que la situation médicale s'était récemment « singulièrement aggravée », au point que l'intéressée avait dû « se résoudre à une opération » sur les conseils du Dr V.____ ; il s'agissait de procéder à une arthrodèse au niveau L5-S1 pour pratiquer un blocage, avec apposition de matériel d'ostéosynthèse et greffe d'os. L'assurée espérait être opérée durant l'automne, précisant que deux à trois mois de convalescence seraient nécessaires avant d'envisager tout retour à l'emploi. Le conseil faisait en outre état d'une péjoration du moral de l'assurée, laquelle avait par ailleurs dû espacer les rendez-vous chez son psychiatre par suite de difficultés à assumer le paiement des factures.

Le cas de l'assurée a été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Au terme de l'avis médical du 26 août 2013 cosigné par les Drs W.____, spécialiste en médecine interne générale, et J.____, spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation, il a été proposé de solliciter le Dr V.____ aux fins d'obtenir des informations sur l'intervention chirurgicale prévue au T._____.

Dans un courrier du 7 septembre 2013, le Dr V.____ a confirmé l'intervention sur le rachis programmée au Service d'orthopédie du T._____. Il a énoncé une aggravation des douleurs lombaires et une

dégradation sévère de l'état général de la patiente, les difficultés asséurologiques et la longue durée des symptômes étant les facteurs défavorables. Il a précisé que l'échec de la prise en charge médicale conservatrice était à l'origine de l'indication opératoire, ajoutant que le Prof. F._____, médecin chef à l'Hôpital T._____, reprenait son indication thérapeutique après réexamen complet du dossier et réalisation d'une discographie du disque L5/S1. Le Dr V._____ a transmis un rapport daté du 9 août 2013 du Prof. F._____, lequel retenait les diagnostics de lombalgies chroniques et de discopathie dégénérative L5-S1 avec signe de Modic de type I. Le Prof. F._____ énonçait avoir longuement discuté avec l'intéressée quant à la suite du traitement, préconisant la spondylodèse par voie antérieure tout en souhaitant préalablement épuiser toute autre forme de traitement conservateur avant le geste chirurgical.

Le SMR s'est prononcé le 8 octobre 2013, retenant une spondylodiscarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie comme atteinte principale à la santé, un trouble panique comme pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité, et un trouble somatoforme douloureux comme diagnostic ne ressortant pas de l'assurance-invalidité. Sur le plan orthopédique, les Drs W._____ et J._____ ne partageaient pas l'enthousiasme du Dr V._____ quant à une indication opératoire « chez une assurée [...] kinésiophobe, au lourd handicap subjectif et souffrant d'un syndrome somatoforme douloureux comme mentionné dans l'expertise des Drs S._____ et K._____ ». Ils concluaient, sur la base des nouveaux éléments à disposition, à l'absence de modification de l'état de santé par rapport à l'expertise du 11 février 2013. Ils renaient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-soignante depuis le 11 novembre 2011 et une exigibilité complète dans une activité adaptée depuis le 11 mars 2013, à un mois de l'expertise, soit une activité sans soulever de manière occasionnelle des charges de plus de 15 kg, de manière répétitive de plus de 5 kg, avec alternance de position assise/debout.

Le 29 octobre 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'allocation d'une rente entière d'invalidité pour la période du

1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013 (soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé), et de refus de prestations pour la période postérieure.

L'assurée a fait part à l'OAI de ses observations sur le projet de décision le 2 décembre 2013. Elle considérait que sa capacité de travail avait été surévaluée, ne se sentant pas apte à l'emploi depuis avril 2013. Elle exposait que l'appréciation du Prof. F._____, sur laquelle l'OAI s'était essentiellement fondée, était dépassée, indiquant avoir prochainement rendez-vous au service de neurochirurgie du T._____; il serait alors procédé à une nouvelle prise d'images, notamment IRM, et à une discussion sur l'éventuelle indication opératoire pour l'année suivante dans la mesure où une décision n'était pas encore définitivement arrêtée à ce sujet. Au terme de son écrit, l'assurée sollicitait la suspension de son dossier, à tout le moins jusqu'à fin janvier 2014.

Le 15 avril 2014, ensuite de prolongations accordées par l'OAI, le conseil de l'assurée a transmis à l'office différents avis médicaux produits dans le cadre du litige l'opposant à H._____, lesquels révélaient selon lui que la situation était loin d'être stabilisée et qu'il n'y avait en aucun cas guérison et retour aux capacités antérieures. A cet égard, il s'agissait notamment d'un courrier rédigé le 7 juillet 2013 par le Dr V._____ à l'attention du conseil de l'assurée, faisant référence aux examens du Prof. F._____ et à la décision probable d'un choix chirurgical.

Il figurait également un rapport du Prof. F._____ du 27 août 2013, lequel énonçait avoir discuté avec l'intéressée d'une prise en charge chirurgicale mais donné la préférence à une prise en charge pluridisciplinaire - qui avait les mêmes taux de réussite que la chirurgie soit 60% - savoir une thérapie concentrée sur trois semaines avec de la physiothérapie, de l'ergothérapie et une approche cognitive. S'agissant de la spondylodèse par voie antérieure, le Prof. F._____ expliquait que ses confrères du T._____ ne la pratiquaient pas en neurochirurgie, contrairement à un certain nombre de cliniques privées mais où des lits avaient déjà été réservés pour l'année 2013, précisant que la situation

n'était pas encore claire pour l'année 2014. Finalement, il qualifiait d'assez difficile la question relative à la capacité de travail de la recourante mais que « dans les grandes lignes, [on pouvait] imaginer qu'elle ne soit pas apte à travailler à 100% et que peut-être, dans une activité adaptée, elle aurait une certaine capacité de travail résiduelle ». Il proposait de tenter (*sic*) une réponse à cette question une fois son état stabilisé, soit après la prise en charge pluridisciplinaire.

En outre, l'assurée produisait les rapports faisant suite aux consultations ambulatoires au Service de neurochirurgie du T. _____ des 19 novembre 2013, 16 décembre 2013 et 3 février 2014. Le rapport relatif à la dernière consultation, daté du 24 mars 2014 et adressé au Prof. F. _____, mentionnait qu'une IRM lombaire avait révélé une hernie discale lombaire L5-S1 foraminale gauche et que le CT-scanner lombaire infirmait une éventuelle fracture pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente. Il était décidé une attitude conservatrice en accord avec cette dernière, laquelle avait des douleurs de prédominance lombaire qui auraient été améliorées durant un mois environ à la suite d'une infiltration récente. Il était précisé que les risques d'une chirurgie de fixation ne semblaient actuellement plus justifiés.

Finalement, l'assurée produisait une convocation du 30 juin 2014 à la consultation du Dr X. _____, médecin à l'Hôpital T. _____.

Le SMR s'est prononcé dans un avis du 7 mai 2014, relevant que les spécialistes en neurochirurgie du T. _____ ne décrivaient pas de pathologie nouvelle dans leur rapport de consultation du 24 mars 2014 ; ils ne retenaient pas d'indication opératoire, décrivaient une amélioration des douleurs à la suite d'une infiltration et proposaient la poursuite de la prise en charge conservatrice chez le Dr X. _____. Le SMR soulignait qu'avec un traitement de rééducation, la réduction des lombalgies n'était pas garantie et non quantifiable, le traitement n'étant par ailleurs pas exigible. Le SMR confirmait ses conclusions d'octobre 2013, soit une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès mars 2013,

considérant la situation comme inchangée en l'absence d'élément médical nouveau ou modification de l'état de santé.

Par décision du 1^{er} octobre 2014, l'OAI a maintenu le droit à la rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013, niant le droit aux prestations d'invalidité pour la période postérieure.

B. R._____, représentée par l'avocat Olivier Carré, a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 5 novembre 2014, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision en ce sens que le droit à des prestations d'assurance lui est reconnu au-delà du 31 mai 2013, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, elle fait valoir que faute d'être opérée, et en dépit des traitements conservateurs prodigués sous l'autorité du Dr X._____, son incapacité de travail demeure ininterrompue, dans une mesure importante, et persistera « au moins tant et aussi longtemps que l'on n'aura pas pu tirer les enseignements de l'opération à intervenir, après convalescence ». Elle allègue en outre qu'à ses problèmes somatiques se sont ajoutés des troubles psychiques sous forme d'une dépression, soulignant par ailleurs la nécessité de procéder à une expertise pluridisciplinaire, comportant à tout le moins un volet orthopédique et un volet psychiatrique, si aucun accord entre parties n'intervenait.

Par décision du 10 novembre 2014, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 octobre 2014 et désigné Me Olivier Carré en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 9 décembre 2014, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il maintient que sur la base de l'expertise du BEM, la recourante présente, sur le plan somatique, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et, sur le plan psychique, une capacité de travail

de 50% augmentée à 100% après un mois à compter de l'expertise. En outre, il énonce que de l'avis du SMR, les rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure d'audition n'apportent aucun élément médical susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise.

Le 12 janvier 2015, la recourante produit les convocations des 11 et 19 novembre 2013 à la consultation du Service de neurochirurgie du T._____, un courrier du 30 juillet 2014 de son conseil avec annotation du Dr V._____, lequel confirmait que seule une opération permettait d'espérer, selon lui, une amélioration significative, ainsi qu'un avis du Dr Z._____, chef de clinique à l'Hôpital T._____, daté du 24 octobre 2014 et adressé au conseil de la recourante. Le Dr Z._____ explique être le successeur du Prof. F._____, ne jamais avoir vu la patiente et se prononcer sur la base du dossier. Il mentionne qu'une hospitalisation est prévue à la mi-octobre pour une prise en charge globale et pluridisciplinaire, précisant qu'il est théoriquement tout à fait possible de proposer une intervention avec une spondylodèse par voie antérieure chez la patiente, laquelle présente certes des indications radiologiques, tout en soulignant qu'il faut néanmoins tenir compte d'un taux d'échec élevé (jusqu'à 40%). Au terme de son rapport, il souligne qu'afin de pouvoir être plus complet, il faudrait attendre la fin de la prise en charge globale pluridisciplinaire qui se fera prochainement, cette prise en charge étant peut-être tout à fait suffisante.

Le 7 avril 2015, la recourante produit une convocation du 30 janvier 2015 pour une hospitalisation au T._____ le 1^{er} mars suivant, ainsi qu'un courrier du Dr Z._____ du 13 mars 2015 adressé à Me Carré. Le Dr Z._____ confirme l'opération du 2 mars 2015, avec des suites post-opératoires conformes à l'évolution, ajoutant que si dans les six premiers mois l'évolution est favorable, elle le reste à long terme. S'agissant de la reprise d'une activité professionnelle, il précise ne pouvoir se prononcer avant trois à six mois post-opératoires, rappelant que dans le cadre de lombalgies chroniques, le pronostic est entre 50 et 60% positif.

Se déterminant le 4 mai 2015, l'OAI relève que l'opération a eu lieu postérieurement à la décision attaquée du 1^{er} octobre 2014 et rappelle qu'avant dite opération, une capacité de travail entière dans une activité adaptée était reconnue à la recourante.

Par courrier du 8 juillet 2015, le conseil de la recourante relève que l'expertise du BEM faisait état d'un trouble somatoforme douloureux, lequel devrait être réexaminé à l'aune de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes douloureux du 3 juin 2015.

Le 25 août 2015, l'OAI mentionne avoir soumis le dossier de la recourante à son service médical aux fins d'examiner si les données récoltées permettaient une appréciation concluante à la lumière des nouveaux indicateurs jurisprudentiels. Au terme de son écrit, il confirme sa position. L'avis SMR du 18 août 2015, produit céans, a notamment la teneur suivante :

« Discussion

Dans le contexte du recours, Me Carré, avocat de Mme R. _____, dans son courrier du 08.07.2015, nous demande de revoir notre position.

D'abord, nous confirmons que les rapports médicaux contenus dans le Dossier médical daté [du] 14.04.2015 sont relatifs à l'opération neurochirurgicale évoquée dans l'acte de recours : cela a eu lieu en mars 2015, c'est-à-dire postérieurement à la décision contestée du 01.10.2014.

Pour la période précédant ladite opération, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée ainsi que cela ressort de l'expertise bi disciplinaire.

L'appréciation de la CT après l'intervention devrait faire l'objet d'une nouvelle demande.

Ensuite, pour ce qui concerne la demande de réévaluation de l'effet d'un trouble somatoforme sur la CT de l'assurée, nous signalons qu'aucun autre rapport médical renseignant sur le plan « somatoforme » ou psychiatrique n'a été versé au dossier postérieurement à avril 2013, l'assurée et son avocat ont toujours mis l'accent sur l'aspect somatique.

En effet, l'assurée est centrée sur ses *douleurs intenses, diffuses du dos et du membre inférieur gauche, permanents et qui l'empêchent de dormir* (page 14 de l'expertise bi disciplinaire du BEM).

Cependant le fait qu'elle se soit présentée sans avoir pris beaucoup de médicaments laisse supposer que la douleur gardait un degré de tolérance supportable (page 34).

Après relecture attentive du volet psychiatrique de l'expertise du 11.02.2013, nous ne trouvons que le diagnostic incapacitant de

trouble panique, diagnostic ne présentant pas un degré de gravité sévère mais plutôt *modéré* (page 37) ; « *il s'est en partie amélioré subjectivement et il devrait répondre favorablement au traitement* » (page 38).

De plus, aucune plainte au plan psychiatrique n'est retenue (page 17) ; le jour de l'expertise « *l'expertisée considère qu'elle va mieux moralement et physiquement également* » (page 16).

Il n'existe aucun trouble de la personnalité (page 26 et 37) et il ressort que l'assurée dispose toujours de ressources personnelles.

En effet, à page 17-18, nous lisons que Mme R._____ garde une vie sociale, lit avec plaisir et aimerait retrouver une activité légère dans les soins. En particulier, dans la description de la journée type (page 21), nous retrouvons une assurée qui *sort de la maison pour se changer les idées, voir des amis, qui lit des romances fantastiques, regarde la TV, s'occupe de son ménage.*

A page 37, l'expert confirme que Mme R._____ présente « *une diminution de l'énergie mais l'intérêt et le plaisir sont conservés pour des multiples activités (lecture, musique, rencontres des amis)* ».

A page 25, l'assurée est décrite comme *maquillée et soignée* le jour du déroulement de l'expertise.

Pour ce qui concerne l'intégration sociales, « *l'expertisée déclare vivre seule et sans relation sentimentale investie : elle a toutefois un réseau social d'amis qu'elle entretient. Elle a en outre des relations régulières avec sa fille (et même avec son ex-mari, selon certaines de ses déclarations) ainsi que, par le truchement d'internet, avec sa sœur et sa mère en Ukraine* » (page 37).

A l'état actuel, nous ne disposons pas de nouveaux critères jurisprudentiels en matière de TSD et troubles assimilés : nous pouvons signaler que la discussion des critères de gravité de l'ancienne jurisprudence contenue dans l'expertise BEM est précise et détaillée et souligne le contexte médico-psycho-social favorable (page 37-38).

Sur la base des éléments énumérés en haut, nous retenons que Mme R._____ présentait des ressources d'adaptation suffisantes à lui permettre l'intégration dans une nouvelle activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. »

La recourante produit, le 4 novembre 2015, un rapport du Dr M._____ rédigé le 20 octobre 2015 à l'attention de Me Carré. Le psychiatre traitant fait état d'un isolement total de sa patiente (sa fille étudie en France et sa famille vit en Ukraine), de difficultés sur les plans relationnels et affectif (avec une relation affective qui s'est terminée abruptement au printemps 2013), d'idées extrêmement noires et même suicidaires ; ce tableau était complété par une situation financière catastrophique, le fait d'être considérée comme « inemployable » eu égard à ses limitations fonctionnelles et les incertitudes et difficultés liées au traitement de son problème de dos.

Le 2 décembre 2015, l'intimé relève que l'expertise rhumatologique et psychiatrique effectuée par le BEM permet de conclure à une exigibilité totale à la lumière des anciens critères jurisprudentiels et fournit également des renseignements dans le sens de ressources disponibles suffisantes pour reprendre une activité adaptée à plein temps. Il confirme dès lors ses précédentes écritures.

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cours des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mai 2013, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de reconnaître une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée susceptible d'influencer son taux d'invalidité, corollairement son droit aux prestations.

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

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). 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 (art. 28 al. 2 LAI).

b) Selon la jurisprudence rendue en application de l'art. 41 aLAI, toujours valable sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5), la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 4d ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Aux termes de cette disposition, si le degré 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. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

4. a) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son

service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et art. 59 al. 3 LAI).

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 du rapport 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2014 consid. 4).

L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns

par rapport aux autres. Si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. L'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

5. L'assurée a été examinée au BEM sur les plans rhumatologique et psychique. La prestation servie par la décision du 1^{er} octobre 2014, soit une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013, a été accordée en raison d'une spondylodiscarthrose lombaire et d'un trouble panique, estimés incapacitants tout au plus à un mois de l'expertise ; les experts ont par ailleurs diagnostiqué un status post contusion lombaire et un syndrome somatoforme persistant, non invalidants.

a) Se fondant sur les conclusions des experts S._____ et K._____ du BEM, auxquelles adhérait son service médical, l'intimé a

constaté que l'atteinte somatique, soit la spondylodiscarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie, engendrait des limitations fonctionnelles contre-indiquant la poursuite de l'activité habituelle d'aide infirmière ; elle ne privait cependant pas l'assurée d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les éléments obtenus par la suite, relatifs à la prise en charge conservatrice par le Dr X._____, ne révélaient pas d'éléments nouveaux tendant à établir une modification de l'état de santé de l'assurée. Par ailleurs, le trouble somatoforme douloureux retenu par les experts du BEM n'empêchait pas la recourante de travailler. De ce fait, au jour de la décision litigieuse, antérieure à l'intervention chirurgicale, l'intimé a considéré que l'assurée était apte - et ce depuis le 1^{er} juin 2013 - à exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, tant sur le plan somatique que psychique.

La recourante s'oppose à la suppression des prestations d'assurance au-delà du 31 mai 2013, contestant avoir recouvré à cette période « une capacité économique significative ». Elle allègue que ce n'est qu'à l'issue de sa convalescence ensuite de l'opération prévue de longue date que sa capacité de travail pourra être réévaluée. Elle fait en outre valoir qu'à sa problématique somatique s'additionne une pathologie psychique, sollicitant de ce fait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans un premier temps, puis, au stade de l'échange d'écritures devant l'autorité de céans, un nouvel examen de son dossier eu égard à la nouvelle jurisprudence applicable concernant les troubles somatoformes.

b) Dans le cadre du volet rhumatologique, la Dresse S._____ observe que l'assurée présente un trouble dégénératif rachidien prédominant à la jonction lombosacrée, constituant un état antérieur à la contusion lombaire survenue le 13 juin 2011. Singulièrement, son examen confirme l'état antérieur d'une importante atteinte dégénérative à l'étage L5-S1 - une discarthrose sévère avec une hernie discale L5-S1 gauche - sans signe radiculaire concordant avec la clinique ni menace compressive significative. La discarthrose donne lieu à des lésions de Modic évolutives qui se rapprochaient sur la dernière IRM du stade non inflammatoire, ce

qui devait correspondre à une réduction progressive des symptômes. Elle rappelle que l'expert C._____ a confirmé l'absence d'atteinte neurologique médullaire et radiculaire et jugé que le traumatisme était insuffisant pour provoquer des lésions disco-ligamentaires significatives. *Pro memoria*, en juillet 2012, le Dr C._____ décrivait un examen neurologique normal, retenait un status après contusion lombo-sacrée et le développement d'un syndrome douloureux chronique secondaire ; d'un point de vue neurologique, il n'existait pas de contre-indication à la reprise de l'activité habituelle d'aide-soignante.

Au terme de son expertise, la Dresse S._____ conclut que l'absence de lésion neurologique ne justifie pas de limitation de la capacité de travail ; cependant, la présence d'une discarthrose devenue symptomatique justifie des limitations fonctionnelles dans le cadre de la dernière activité de l'expertisée, liées au transfert de patient (port de charges). D'une évaluation du degré d'impotence des personnes résidant dans un home, elle estime à 20% l'incapacité de travail dans l'ancienne activité ; dans une activité adaptée, respectant ces limites (transfert d'une personne impotente ne pouvant se tenir de manière stable sur ses jambes) et ne nécessitant pas de soulever de manière occasionnelle des charges de plus de 15 kg et répétitives de plus de 5 kg, avec alternance de position, la capacité de travail est reconnue comme entière.

Ensuite de l'évocation, quelques mois après l'expertise, d'une opération chirurgicale, l'intimé a requis différents avis médicaux. Ainsi, le 7 septembre 2013, le Dr V._____ mentionne une aggravation des douleurs lombaires et une dégradation sévère de l'état général de sa patiente, les difficultés asséurologiques et la longue durée des symptômes étant les facteurs défavorables. De concert avec le Prof. F._____, il énonce une indication thérapeutique sous forme de spondylodèse par voie antérieure. Un traitement conservateur auprès du Dr X._____ est cependant préalablement souhaité par le Prof. F._____, avant le geste chirurgical. Soulignons que dans son rapport du 9 août 2013, le Prof. F._____ retient les diagnostics déjà connus de lombalgies chroniques et discopathie dégénérative L5-S1 avec signe de Modic de type

I. Dans son rapport du 27 août 2013, il n'indique pas que l'état de santé de la recourante se serait péjoré. Il mentionne pouvoir imaginer « dans les grandes lignes » qu'elle ne soit pas apte à travailler à 100% et qu'elle puisse présenter une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Les rapports du Service de neurochirurgie du T._____ produits ultérieurement font état d'un status neurologique dans les limites de la norme, une hernie discale lombaire L5-S1 foraminale gauche expliquant partiellement le status clinique mais non les lombalgies de la recourante, et la négation d'une éventuelle fracture pouvant expliquer la symptomatologie. En octobre 2014, le Dr Z._____ allègue que la prise en charge pluridisciplinaire s'avérera peut-être suffisante, avant de confirmer la réalisation de l'opération le 1^{er} mars 2015, avec des suites post-opératoires conformes à l'évolution.

Les avis médicaux qui précèdent n'amènent aucun élément susceptible de remettre en cause l'analyse de la situation médicale présentée par les experts S._____ et K._____. A cela s'ajoute le fait que le Prof. F._____ et les IRM effectuées ne décrivent pas de pathologie nouvelle et préconisent un traitement conservateur. La recourante ne critique pas l'appréciation, sur le plan somatique, des experts du BEM ; elle énonce un état de santé se péjorant, qui vient nécessiter une intervention chirurgicale, alléguant que son incapacité de travail persistera « au moins tant et aussi longtemps que l'on n'aura pas pu tirer les enseignements de l'opération à intervenir, après convalescence ». Or entre l'expertise du 17 avril 2013 et le traitement pluridisciplinaire prévu en octobre 2014, corollairement la décision litigieuse du 1^{er} octobre 2014, aucun certificat médical n'atteste une incapacité de travail. On ne voit dès lors pas de raison de mettre en doute les conclusions du BEM sous l'angle somatique. Résultant d'investigations cliniques approfondies, le rapport est en outre exempt de contradictions, de sorte que l'appréciation de la situation somatique de l'assurée, telle que communiquée par le BEM, a lieu d'être suivie.

Cela étant, la recourante est opérée le 2 mars 2015, soit postérieurement à la décision entreprise. Il y a lieu de souligner à cet

égard que selon une 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 (ATF 121 V 362 consid. 1b ; cf. aussi ATF 131 V 242 consid. 2.1), les règles applicables étant celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1). Ainsi, s'agissant de l'opération et des suites opératoires dont la recourante tire arguments, il s'agit de faits survenus postérieurement à la date de la décision litigieuse du 1^{er} octobre 2014. Ils n'avaient par conséquent pas à être pris en considération par l'intimé, dès lors qu'ils n'étaient pas susceptibles, comme exposé *supra*, d'influencer l'appréciation du cas au moment déterminant de la décision litigieuse.

Dans ces conditions, la Cour de céans retient que, du point de vue somatique, et au jour de la décision entreprise, l'état de santé de la recourante n'a pas connu de péjoration notable comme le sous-tend la recourante, susceptible de maintenir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mai 2013.

c) Traitant du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire, le Dr K._____ retient un trouble panique (F41.0), figurant dans la catégorie des « Autres troubles anxieux » de la CIM-10 (Classification internationale des maladies selon l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) n'ayant pas d'effet incapacitant eu égard aux conditions jurisprudentielles.

Singulièrement, il observe que la symptomatologie anxieuse et dépressive, présentée dans les suites de l'accident du 13 juin 2011, est devenue plus significative dès janvier 2012. Il précise que le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), en relation avec divers facteurs de stress (licenciement de l'assurée, sentiment de non-reconnaissance par l'employeur et l'assureur-accidents, éloignement de sa fille, voire une rupture sentimentale), est celui qui convenait le mieux au syndrome anxio-dépressif observé à partir de janvier 2012 ; dès avril 2012, l'anxiété s'est structurée sous la forme d'un

trouble panique, avec la survenance de deux épisodes. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique avancé par le Dr M. _____ est par ailleurs réfuté, en raison d'un accident qui n'était pas de nature à atteindre le degré de sévérité requis pour ce diagnostic ; ce dernier est cependant mentionné par l'expert en référence à la réaction émotionnelle intense de l'assurée à l'évocation de violences subies de la part du mari. En outre, selon le Dr K. _____, les symptômes dépressifs n'atteignent pas le degré d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10 ni celui d'un autre trouble de l'humeur ayant valeur de maladie, et les éléments dépressifs subjectifs doivent plutôt être compris comme des manifestations d'accompagnement du trouble anxieux. L'expert psychiatre conclut à une capacité de travail entière fixée à un mois après l'expertise, en l'absence de limitation fonctionnelle liée au trouble anxieux qui justifie une incapacité de travail totale et durable, les épisodes anxieux étant relativement rares et maîtrisés, sans entraîner un évitement social massif.

S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr K. _____ le justifie par les plaintes douloureuses ne pouvant que très partiellement être imputées aux atteintes somatiques objectivées et survenant dans un contexte psycho-social pénible. Dans le cadre de son analyse, il considère que le syndrome somatoforme n'est pas associé à une comorbidité psychiatrique grave (mais au trouble panique de gravité modérée, indépendant du trouble douloureux), que le processus maladif ne s'étend pas sur plusieurs années (présence depuis dix-huit mois, persistant néanmoins depuis l'accident et n'ayant été que peu amélioré par les divers traitements), que les atteintes somatiques sont très modérées selon les constatations de l'experte rhumatologue et qu'il n'y a ni perte d'intégration sociale ni état psychique cristallisé. Ce faisant, l'expert K. _____ se prononce sur la base des exigences jurisprudentielles prévalant à l'époque de son analyse.

Au cours de ces dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et critères normatifs permettant d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogenèse sont

incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2 ; TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1). Ces exigences ont toutefois évolué depuis lors et l'examen du caractère invalidant d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique doit dorénavant s'effectuer sur les indicateurs retenus par le Tribunal fédéral dans son récent arrêt publié aux ATF 141 V 281. La nouvelle jurisprudence a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient 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'indicateurs, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi 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 psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

bb) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la

même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

cc) Dans la mesure où l'expert retient, sur la base des anciens critères, que le trouble somatoforme douloureux affectant la recourante ne présente aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence, applicable sur le plan du droit intertemporel, conduit à une appréciation différente. En effet, 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 l'expertise recueillie permet ou non une évaluation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

Le Dr K._____ pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant à l'aune des critères de classification de l'OMS (chiffre F45.4 de la CIM-10), exposant que la plainte principale de l'assurée a trait à des douleurs intenses, persistantes depuis l'accident du 13 juin 2011, qualifiées par elle d'invalidantes, ne pouvant que très partiellement être imputées aux atteintes somatiques objectivées selon l'experte rhumatologue, motivant des démarches thérapeutiques réitérées et survenant dans un contexte psycho-social pénible.

On notera à cet égard que dans la CIM-10, cette affection est classée parmi les troubles somatoformes (F45 CIM-10), lesquels ont comme caractéristique essentielle une apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique ; s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. En matière de syndrome douloureux somatoforme persistant en particulier, la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien ; le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins (F45.4 CIM-10).

Le Dr K. _____ se prononce certes sur les éléments requis par la CIM-10 pour conclure à cette pathologie, mais ne donne cependant pas d'indications sur le degré de gravité inhérent à ce diagnostic. En outre, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification précitée, ne sont pas comparées aux exigences de la vie professionnelle ni converties en une éventuelle limitation de la capacité de travail à l'aide des critères du degré de la gravité et de la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.2).

Le contenu de l'expertise ne permet pas non plus de se faire une idée quant à la présence d'indices d'une éventuelle exagération des symptômes de la part de l'assurée ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie. A cet égard, il sied de rappeler que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité que si le diagnostic résiste aussi aux motifs

d'exclusion selon l'ATF 131 V 49 (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). A première vue, le Dr K._____ ne semble pas pencher en faveur de signes d'exagération - bien que la Dresse S._____ fasse état d'un examen clinique parasité de discordances multiples, de phénomènes d'autolimitation, avec peu de médication au jour de l'expertise - mais ne se prononce pas clairement à ce sujet.

Les considérations du Dr K._____ ne permettent pas non plus de déterminer l'interaction entre le trouble panique mis en évidence, voire l'hypothèse d'un stress post-traumatique (non pas en lien avec l'accident mais avec des violences subies de la part du mari ; cf. rapport d'expertise p. 37), et le trouble douloureux diagnostiqué, des indications sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante faisant défaut (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Par ailleurs, le Dr K._____ reconnaît l'existence d'une comorbidité psychiatrique sous la forme du trouble panique, selon lui indépendante du trouble douloureux « même s'il a pu trouver un facteur déclencheur de départ dans l'accident ». Précisons que si une comorbidité psychiatrique n'est plus prioritaire, de manière générale, selon la nouvelle jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3), elle doit être prise en considération seulement en fonction de son importance concrète dans le cas particulier, notamment en tant qu'échelle de mesure pour estimer si elle prive l'assuré de certaines ressources. Or il manque également dans l'appréciation du Dr K._____ l'évaluation des ressources personnelles de l'assurée au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). On soulignera encore que le Dr K._____ fait état de symptômes anxieux et dépressifs présentés dans les suites de l'accident de juin 2011, symptômes devenus plus significatifs dès janvier 2012. Depuis mars 2012, la recourante est suivie par le Dr M._____, lequel explique avoir reçu à sa première consultation une patiente extrêmement déprimée et désespérée par sa situation physique, professionnelle et asséculoologique. Dans son rapport du 4 février 2013, il décrit une patiente vivant dans une solitude quasi-totale, sans liens sociaux solides tissés depuis son arrivée en Suisse et souffrant du départ de sa fille. En octobre 2015, il fait état

d'idées suicidaires, de difficultés sur les plans relationnel et affectif et d'isolement de sa patiente. Il appert ainsi que la description du fonctionnement psychosocial de l'assurée faite par l'expert est en contradiction avec celle du psychiatre traitant.

dd) A l'aune des considérations qui précèdent, force est de constater que l'expert K._____ n'a pas fait état d'éléments en suffisance pour porter une appréciation circonstanciée du trouble somatoforme douloureux présenté par la recourante. En conséquence, la mise en œuvre d'une expertise, qu'il appartiendra à l'OAI d'ordonner, est nécessaire afin d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et son éventuel caractère invalidant.

Le Tribunal fédéral admet, à titre de droit transitoire, un simple complément d'instruction sur certains points précis, au regard de la jurisprudence publiée à l'ATF 141 V 281. Dans la mesure où il s'agit d'un complément, un renvoi à l'autorité intimée est par ailleurs justifié (ATF 137 V 210 consid. 8).

En définitive, la cause doit être renvoyée à l'OAI pour la mise en œuvre d'une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise tenant compte de la nouvelle grille d'analyse posée par le Tribunal fédéral. Dans la mesure où la recourante a subi une nouvelle intervention chirurgicale en 2015, il sera nécessaire d'en tenir compte et, partant, de réexaminer la recourante bidisciplinairement ou pluridisciplinairement.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants qui précèdent et rende une nouvelle décision.

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la

valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'500 francs. Ce montant couvre en outre l'indemnité d'office à laquelle le conseil de la recourante a droit.

c) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 5 novembre 2014 par R._____ est admis.

- II.** La décision rendue le 1^{er} octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour R. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :