

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 215 vom 10. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__215

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 215 du 10 mai 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 215 del 10 maggio 2016

Regeste

LOMBALGIE, OPÉRATION D'UNE HERNIE DISCALE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, RÉDUCTION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, TROIS-QUARTS DE RENTE, SPONDYLARTHRITE, MALADIE DE L'APPAREIL DIGESTIF, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 1

Anamnèse ? Cf. mon rapport pages 1 et 2.

E. 2

Plaintes et données subjectives de la patiente ? Cf. page 2.

E. 3

Status clinique ? Cf. page 3.

E. 4

Diagnostics ? Cf. page 5.

E. 5

Quelle a été l'évolution des diagnostics entre ceux posés par les médecins du SMR, lors de leur rapport médical du 24 octobre 2007, et ceux retenus actuellement ? Le diagnostic susmentionné sous 4 est ultérieur au 23 octobre 2010, puisque la première intervention de hernie discale date du 31 mai 2012.

E. 6

De même et à plus court terme, quelle a été l'évolution des diagnostics retenus par le Prof. G._____ lors de ses rapports médicaux des 12 juin 2012 et 21 janvier 2013 et la situation actuelle ? L'évolution est donc caractérisée par une première intervention de hernie discale le 31 mai 2012, puis par une seconde intervention pour récurrence de hernie discale le 15 février [recte : janvier] 2013.

E. 7

Pour le cas où une aggravation du status neurologique/neurochirurgical devait être retenue, à partir de quelle date une telle aggravation pourrait être admise ? S'agit-il d'une aggravation du status neurologique/neurochirurgical à caractère durable ou uniquement passager ? Par rapport à 2007, la seule aggravation du status neurologique est l'apparition dans l'intervalle d'un émoussement du réflexe achilléen droit. Il s'agit d'un signe minime, vraisemblablement

durable.

E. 8

Toujours dans l'hypothèse où une aggravation du status neurologique/neurochirurgical devait être retenue, quels sont les éléments médicaux objectifs permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé de la patiente depuis le rapport médical du SMR du 24 octobre 2007 ? On ne peut parler d'une aggravation du status neurologique depuis le 24 octobre 2007. La situation médicale est tout au plus changée en raison d'un status après deux interventions pour hernie discale.

E. 9

Quel est le traitement médical envisagé à l'heure actuelle ? A plus long terme ? Se rapporter à l'expertise qui décrit en détail le traitement suivi par l'assurée.

E. 10

Quelle est l'influence des diagnostics à caractère neurologique/neurochirurgical sur la capacité de travail de la patiente ? Pas de charges lourdes, possibilité d'alterner la position assise à la position debout. La diminution de rendement en lien strictement avec la pathologie neurologique et neurochirurgicale est difficile à apprécier, compte tenu que cette assurée présente une problématique rhumatologique associée. Ce que l'on peut en revanche dire, c'est que la diminution de rendement de 60% comme cela est attesté par le médecin SMR en 2007, comprend très largement la diminution de rendement liée à la pathologie neurologique et neurochirurgicale.

E. 11

En admettant qu'une capacité de travail soit médicalement attestée, quel serait le taux de capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée ? Le taux de capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée doit être évalué en tenant compte de l'ensemble de la problématique, et ne peut être précisé en se focalisant exclusivement sur la pathologie neurologique, neurochirurgicale.

E. 12

Une capacité de travail sur le marché ouvert du travail serait-elle envisageable ? Dans l'affirmative, à quelles conditions ? Oui. Pas de charges lourdes, possibilité d'alterner les positions.

E. 13

De manière générale, êtes-vous en mesure de vous rallier au taux de capacité de travail de 20% retenu par le Prof. G. _____ lors de ses différents rapports médicaux des 25 juin et 15 septembre 2014 ? Dans la négative, pour quel(s) motif(s) ? Non. L'assurée n'a pas de syndrome déficitaire. Sur le plan neuroradiologique, une compression radiculaire résiduelle n'est de loin pas certaine. Il n'y a pas de signe objectif sur le plan électrophysiologique. Compte tenu de ces éléments, la capacité de travail est supérieure à 20%.

E. 14

Selon les documents médicaux à disposition, est-il possible d'affirmer, à l'instar du SMR, que la situation médicale de la patiente depuis juillet 2013 serait parfaitement superposable à celle existant en 2007 ? En termes de capacité de travail, la réponse est oui.

E. 15

Quel est le pronostic à moyen et à long terme des diagnostics posés sur un plan neurologique/neurochirurgical ? Le pronostic est bon.

E. 16

Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ? Aucune. C. Questions relevant de l'ensemble des troubles affectant l'état de santé de la patiente 1. Quels sont les diagnostics exerçant une influence sur la capacité de travail de la patiente? Diagnostics sans influence sur la capacité de travail de la patiente ? Cf. rubrique diagnostics plus haut. 2. De manière générale, est-il possible d'admettre une aggravation notable de l'état de santé de la patiente à partir de l'opération du 31 mai 2012, respectivement à la suite de la récurrence de la hernie discale du mois de janvier 2013 ? Non, pas au-delà de 6 mois après l'opération de récurrence de hernie. 3. S'agit-il globalement d'une aggravation passagère ou à caractère durable ? Cette aggravation est passagère (cf. consiliams de neurologie et neurochirurgie). 4. Quel est le taux de capacité de travail de la patiente dans le cadre d'une activité adaptée ? Description détaillée de l'activité adaptée en question. 40%. Cf. plus haut. 5. Pour le cas où ce taux de capacité de travail devrait être supérieur à 20% dans le cadre d'une activité adaptée à l'état de santé de la patiente, quels seraient les motifs permettant de s'écarter des taux de capacité de travail retenus par le Prof. G. _____ lors de ses rapports médicaux des 25 juin et 15 septembre 2014 et le Dr H. _____ lors de son rapport médical du 13 septembre 2014 ? Sur le plan de la spondylarthrite ankylosante, nous n'avons actuellement pas de signe de synovite. Les douleurs sont stables malgré l'absence d'un traitement de fond, il n'y a pas de signe scintigraphique pour une atteinte de l'articulation sacro-iliaque. Comme noté dans le consilium de neurologie et de neurochirurgie, nous n'avons pas d'évidence de répercussion clinique de la discrète hernie discale L5-S1 droite, ainsi nous ne pouvons pas retenir une aggravation de l'état de santé avec une telle diminution de la capacité de travail qu'elle n'excéderait pas 20% à partir du 15 juillet 2013. 6. En cas d'admission d'un taux de capacité de travail supérieur à 20%, quels seraient les aménagements à prévoir en vue de mettre à profit une telle capacité résiduelle de travail ? Cf. restrictions notées plus haut. 7. Une telle capacité résiduelle de travail serait-elle envisageable sur le marché ouvert du travail ? Oui, notamment en tant que thérapeute énergétique indépendante telle qu'envisagée par Madame N. _____ et déjà exercée. 8. Quel pourrait être le pronostic à moyen et long terme des différents diagnostics retenus sur le plan de la capacité de travail de la patiente ? Cf. réponse à la question 15 du consilium de rhumatologie. Au plan neurochirurgical, le pronostic est bon étant donné qu'il n'y a pas d'indication à une nouvelle intervention neurochirurgicale de manière évidente et pas de répercussion clinique objectivable du débord herniaire constaté à l'IRM lombaire du 29 avril 2014. De plus l'expertisée a surtout été soulagée par une infiltration locale et la physiothérapie. 9. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ? Nihil. » Une copie du rapport d'expertise a été transmise à chacune des parties pour détermination. Par écriture du 18 août 2015, la recourante a formulé diverses critiques à l'encontre de l'expertise réalisée par les médecins de la Polyclinique Médicale T. _____. Estimant qu'un complément d'expertise était nécessaire, elle a joint un questionnaire complémentaire destiné à remédier aux lacunes contenues selon elle dans le rapport du 7 juillet 2015. De son côté, l'office AI a constaté dans une lettre du 20 août 2015 que les conclusions de l'expertise rejoignaient celles rendues en été 2014 par le Service médical régional. Il a relevé qu'après une aggravation de l'état de santé courant 2012 avec reconnaissance d'une invalidité totale, la situation était à nouveau stabilisée avec une amélioration de l'état de santé notée à mi-juillet 2013 et un retour à la capacité de travail de 40% retenue en décembre 2007. Il a une nouvelle fois proposé le rejet du recours et le maintien de la

décision querellée. L'office AI s'est une nouvelle fois déterminé en date du 8 octobre 2015. Ensuite du dépôt des déterminations, le magistrat instructeur a écrit à la Dresse C. _____ une lettre datée du 4 novembre 2015, dont on extrait les passages suivants :

« Conformément à la procédure, les parties ont été invitées à se déterminer sur ce rapport. La recourante, par écrit du 18 août 2015, a produit un questionnaire complémentaire, fondé sur un certain nombre de rapports médicaux [il s'agit des quatre pièces produites à l'appui de la réplique du 17 novembre 2014, ndlr] dont elle entend s'assurer que vous en avez pris connaissance. Par acte du 8 octobre 2015, l'OAI a émis le souhait formulé par le SMR d'être renseigné sur l'intensité du suivi médical postérieurement à votre rapport. Une copie de ces écritures est jointe à la présente, pour votre complète information. Cela étant, il est fait droit à la requête de la recourante, tendant à compléter l'instruction en clarifiant certaines considérations ressortant des rapports médicaux dont vous n'auriez peut-être pas eu connaissance et qui pourraient avoir une incidence quant à votre appréciation du cas et à vos conclusions. Dès lors, nous vous saurions gré de bien vouloir procéder à ce complément d'expertise en répondant à ces interrogations. » En réponse au questionnaire de la recourante, les Dresses C. _____ et P. _____ ont déposé en date du 22 décembre 2015 un complément d'expertise à la teneur suivante : « Question 1 du questionnaire complémentaire déposé par la recourante par Me D. Métille : Est-ce que les experts peuvent confirmer le fait qu'ils étaient bien en possession des documents médicaux suivants :

Rapport médical du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie FMH, du 25 juin 2014 : Oui. Ce rapport est une lettre de sortie d'hospitalisation en chirurgie à la Clinique E. _____ du 23 juin au 25 juin 2014 pour un iléus sur fécalome. Cet élément figure à la page 6 de notre rapport, tout à la fin de la rubrique « anamnèse personnelle ». A la page 22 de notre rapport, soit dans la discussion expliquant les problèmes avec limitations fonctionnelles et répercussions sur une éventuelle capacité de travail, nous avons relevé qu'il y a eu cette courte hospitalisation en juin 2014 pour subiléus sur constipation mais que ce problème était résolu et ne constituait pas une raison d'incapacité de travail au long cours. Concernant le rapport médical du Dr K. _____, spécialiste en médecine interne et réhabilitation FMH, du 17 août 2014 : Ce rapport est décrit dans la rubrique « affection actuelle » au chapitre du problème lombaire, en page 7 de notre rapport d'expertise. Par souci de clarté pour comprendre mieux les consultations effectuées pour les lombalgies et par souci de chronologie, nous avons mis la description du rapport médical du Dr K. _____ dans cette rubrique de l'expertise plutôt que dans les extraits de dossiers. En ce qui concerne le rapport médical du Prof. G. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 15 septembre 2014 : Nous n'avons pas cité ce rapport en tant que tel dans les extraits du dossier, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un examen médical, de constatations cliniques, avec observation et rapport médical adressé à un autre médecin. Il s'agit d'une remise en question d'avis du médecin SMR. Le Dr G. _____ insiste sur le fait que son avis diverge de l'avis du médecin SMR et qu'il estime une incapacité de travail actuelle définitive à au moins 80%. Cette lettre, adressée à la demande de D. Métille à son intention, a été prise en compte dans notre rapport d'expertise, en page 4 dans le paragraphe « recours contre la décision AI par Mme N. _____ par le biais de Me D. Métille, avocat à Lausanne, le 17 novembre 2014 ». Les remarques du Prof. G. _____, qui figurent dans sa lettre à l'intention de Me D. Métille en date du 15 septembre 2014 sont retranscrites dans ce paragraphe. Dans notre rubrique « discussion », nous expliquons nos constatations cliniques et les répercussions sur la capacité de travail en fonction aussi des récents examens neurochirurgicaux et neurologiques, ainsi que rhumatologiques et discutons la divergence d'appréciation entre notre avis et celui qui

ressort de l'appréciation du Dr G. _____ exprimée dans sa lettre du 15 septembre 2014. En ce qui concerne le rapport médical du PD Dr H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 13 octobre 2014 : Pour les mêmes raisons que cité ci-dessus, nous n'avons pas détaillé ce rapport du Dr H. _____ du 13 octobre 2014 à l'intention de Me D. Métille mais confirmons que nous avons bien pris connaissance de tout ce rapport dans l'étude du dossier médical de Madame N. _____. Le Dr H. _____ estime que l'incapacité de travail de Madame N. _____ est complète, c'est-à-dire « supérieure à 70% au moins et ce quelle que soit l'activité envisagée compte tenu des atteintes multiples et des limitations qui y sont associées, c'est-à-dire une spondylarthrite ankylosante associée à une maladie de Crohn avec atteinte axiale et périphérique et des douleurs lombo-abdominales dans un status post multiples interventions avec une lombo-sciatalgie invalidante résiduelle avec douleurs neuropathiques sévères récidivantes après deux cures de hernie discale ». Nous avons bien intégré le fait que l'avis du Dr H. _____ est divergent de celui du médecin SMR et que c'est justement la base du recours de Me Métille contre la décision AI (cf. rubrique « recours contre la décision AI par Mme N. _____ par le biais de Me Métille, avocat à Lausanne, le 17 novembre 2014 », en page 4 de notre expertise). A noter que le Dr H. _____ donne son point de vue concernant toutes les atteintes à la santé de Madame N. _____, qui sortent de son champ d'appréciation rhumatologique, dans la lettre du 13 octobre 2014. L'objet de notre expertise est précisément de discuter les diverses atteintes à la santé de Madame N. _____ et leurs répercussions fonctionnelles (cf. notre discussion globale). Dans l'affirmative, pour quel motif les experts n'en ont-ils pas fait état dans le cadre du résumé des pièces du dossier, respectivement des radiographies à disposition ? Comme noté plus haut, toutes les considérations des médecins qui figurent dans les 4 rapports médicaux ont été prises en considération dans notre discussion globale. Les diverses IRM lombaires ont été en particulier examinées en détails par les neurochirurgiens (cf. consultations spécialisées de notre expertise). Les examens radiologiques ont été aussi décrits dans la consultation spécialisée du Dr D. _____, en page 13 de notre expertise, et aussi par le neurologue, lors de sa consultation spécialisée, soit avec description en page

E. 18

de notre expertise. Question 2: pour le cas où les experts ne devaient pas être en possession de ces documents médicaux, est-ce que ceux-ci sont susceptibles de modifier leur appréciation en ce qui concerne les diagnostics à retenir et leurs répercussions sur la capacité de travail ? Cette question tombe, cf. réponse à la question précédente. Question 3 : est-ce qu'en confortant l'IRM lombaire du 29 avril 2014 avec celle effectuée en janvier 2015, étant précisé que cette dernière se rapportait exclusivement à la colonne cervicale face, oblique, postérieure gauche, droite et profil, les experts confirment avec un degré confinant à la certitude l'existence d'un conflit radiculaire S1 droit ? Cette question est difficilement compréhensible, étant donné qu'il n'y a pas de rapport entre les cervicalgies et le conflit radiculaire S1 droit et donc les radios cervicales ne peuvent pas être comparées à l'IRM lombaire du 29 avril 2014. Question 4 : en admettant que le conflit radiculaire S1 devait néanmoins être retenu, est-ce que son impact sur le taux d'incapacité de travail pourrait être au moins de 10%, ceci compte tenu des éventuelles douleurs supplémentaires qu'il pourrait entraîner ? Pour répondre à cette question, nous nous référons à notre discussion globale, en particulier à la page 23 où nous discutons et confrontons les examens radiologiques, notamment l'IRM du 29 avril 2014 qui montre une récurrence de hernie discale paramédiane droite en L5-S1 (cette constatation est radiologique) et l'absence de souffrance radiculaire S1 droite aiguë au plan clinique. Même s'il n'y a pas de souffrance clinique aiguë

liée à la hernie radiologique, nous n'avons en aucun cas exclu le fait qu'il puisse y avoir des douleurs lombaires dans le contexte du status après opération de hernie et de la spondylarthrite ankylosante (cf. discussion globale) et donc qu'il y ait une répercussion sur la capacité de travail, avec une incapacité que nous estimons globalement de 60%, comme discuté en page 24 de notre expertise. Question 5: toujours en se fondant sur l'IRM lombaire du 29 avril 2014, est-ce que les discopathies aux 3 derniers étages lombaires caractérisées par une dessiccation pourraient engendrer des douleurs et par la même occasion également influencer sur le taux d'incapacité de travail de la patiente ? Dans l'affirmative, à concurrence de quel taux ? Comme noté plus haut, cette IRM lombaire a été interprétée en particulier par le neurologue, Dr B. _____, et le Dr A. _____, neurochirurgien (cf. rubrique « consultations spécialisées »). Les discopathies aux trois derniers étages lombaires font partie intégrante du diagnostic principal noté en page 20 de notre expertise, soit les lombo-pygalgies multifactorielles avec syndrome radiculaire S1 droit séquellaire non déficitaire et la spondylarthropathie. Les répercussions des douleurs liées à ces pathologies et leurs répercussions fonctionnelles ont été prises en compte dans notre appréciation d'une incapacité de travail conséquente, de 60%. Nous précisons encore que le terme dessiccation est une description radiologique correspondant à une atteinte discale qui est évidente chez Madame N. _____ puisqu'elle a été opérée à plusieurs reprises d'hernie discale. Une incapacité de travail n'est pas définie en fonction de constatations radiologiques seules. Globalement, l'incapacité de travail de 60% tient compte du problème mécanique, versus inflammatoire, global de la colonne lombaire, avec notamment toutes les constatations radiologiques et cliniques qui s'y rapportent (cf. discussion globale). Question 6 : est-ce que l'importante amyotrophie sur le plan musculaire est susceptible d'engendrer des douleurs supplémentaires ? Elles engendrent des douleurs comprises dans notre évaluation de la capacité de travail de 40%. Il n'y a donc pas de taux supplémentaire d'incapacité de travail à ajouter. Cet élément est intégré dans l'examen clinique et l'appréciation des documents radiologiques, tant par l'interniste que par les spécialistes, en particulier rhumatologue. Cela contribue à expliquer une incapacité de travail que nous avons estimée à 60%. Cet élément est d'ailleurs susceptible d'amélioration avec de la physiothérapie et un reconditionnement musculaire, ce qui est déjà en train d'être effectué par le traitement chez le Dr K. _____. Dans l'affirmative, est-ce que l'amyotrophie serait susceptible de conduire à un taux plus élevé d'incapacité de travail dans une activité adaptée ? Si oui, de quel taux ? Il s'agit d'un taux global de 60% mais il n'y a rien à ajouter car cet élément est intégré dans le diagnostic principal. Question 7 : est-ce que les experts peuvent confirmer que la patiente n'a aucunement exagéré les plaintes liées à ses douleurs au niveau S1, ainsi qu'en rapport avec la spondylarthrite ankylosante ? Les plaintes de Madame N. _____ sont en concordance avec nos constatations cliniques. Nous n'avons pas d'évidence de simulation. Question 8 : quel serait le taux d'incapacité de travail de la patiente dans le cadre d'une activité adaptée en tenant compte de l'ensemble des douleurs émises par la patiente ? L'ensemble des douleurs est noté dans la rubrique « descriptif des plaintes actuelles » et encore discuté quant à son origine au plan rhumatologique et neurologique dans la « discussion ». Cette douleur, dans sa globalité, amène, à notre avis, à une incapacité de travail de 60%. D'autre part, nous discutons dans la rubrique « appréciation du cas », en page 22, que la maladie de Crohn est stable et que cela ne constitue pas de raison d'incapacité de travail au long cours. Question 9 : toute autre remarque utile : Nihil. Description de l'intensité du suivi médical depuis l'expertise judiciaire [de la] Polyclinique Médicale T. _____ du printemps 2015, en particulier avec la liste des consultations médicales par date et par spécialité du 1 er juin

2015 au 20 septembre 2015 : Le 8 décembre 2015, Dre P. _____ a téléphoné au médecin traitant, Dr X. _____, médecin traitant à R. _____ : le suivi médical, après notre expertise, a eu lieu avec des consultations effectuées à son cabinet les 4 juin, 2 juillet, 27 août, 1^{er} octobre, 9 novembre, 12 novembre, 3 décembre et 7 décembre. Les motifs des consultations étaient soit le contrôle des valeurs tensionnelles, des symptômes digestifs avec ballonnements ou encore les lombalgies. Il y a eu un téléphone le 10 décembre 2015 au secrétariat du Dr K. _____, où nous avons obtenu les renseignements concernant le suivi médical. Le Dr K. _____ a émis 2 bons de physiothérapie de 9 séances, l'une le 9 mars 2015 (avant notre expertise) et le dernier le 13 juillet 2015 (9 séances de physiothérapie en piscine). Le Dr K. _____ a vu Madame N. _____ les 11 mai, 13 juillet et 14 octobre 2015. La lecture des notes du Dr K. _____ par sa secrétaire, est que le 14 octobre 2015 « l'évolution est favorable ». Après téléphone au secrétariat du Dr H. _____, rhumatologue à Z. _____, le 10 décembre 2015, il s'avère que Madame N. _____ a eu deux consultations chez le rhumatologue postérieurement à notre expertise, soit les 14 août et 1^{er} décembre 2015. Lors de la consultation de décembre, les notes du Dr H. _____ sont « la situation est stable et acceptable sous Irfen et Dafalgan, avec une situation tolérable, sans récurrence, en particulier du problème rachidien et de la sciatalgie ». Un téléphone le 11 décembre 2015 à la secrétaire du Dr Q. _____, gastroentérologue, nous apprend que Madame N. _____ a été vue en consultation le 17 novembre 2015 pour contrôle sans modification de traitement. Le prochain contrôle est prévu le 7 juin 2016. » Le 25 janvier 2016, l'office AI a fait savoir que le complément d'expertise confirmait les conclusions du rapport du 7 juillet 2015, de sorte qu'il proposait derechef le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. S'exprimant une ultime fois par écriture du 29 janvier 2016, la recourante fait valoir que les experts auraient sous-estimé l'intensité réelle de ses douleurs, précisant qu'aucun signe d'exagération n'avait été évoqué au cours de l'expertise. Ils auraient en outre méconnu l'importance du suivi médical, des séances de physiothérapie ainsi que de la médication. La recourante considère que le cumul des différentes affections dont elle souffre ne peut que conduire à un taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée supérieur à 60%. Se référant enfin à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 et 9C_804/2014 du 16 juin 2015), la recourante estime qu'une capacité résiduelle de travail de 40% ne saurait être mise en œuvre sur le marché ouvert du travail. Elle se prévaut à cet égard de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral dans la cause 9C_984/2008 le 4 mai 2009 dans lequel il avait admis que la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (fixée médicalement à 50%) ne pouvait être mise en valeur que dans des conditions particulièrement restreintes. Partant, elle déclare maintenir ses conclusions. Le 2 février 2016, cette écriture a été transmise pour information à l'office AI, qui n'a 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la

LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2013. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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 (première phrase). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure,

selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient 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 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) Puisque le présent litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps suivie d'une réduction à trois quarts de rente, il convient de rappeler les principes jurisprudentiels en la matière. Les règles et principes jurisprudentiels sur la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.5; voir également ATF 133 V 545) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.1). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b et les références ; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF

9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence). 4. a) Dans sa décision du 18 septembre 2008, l'office AI avait reconnu le droit de l'assurée à un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2006 sur la base d'un degré d'invalidité de 60%. Il s'était fondé sur l'examen clinique chirurgico-rhumatologique réalisé au SMR en date du

E. 23

octobre 2007 par les Drs L._____ et V._____. Ceux-ci avaient retenu les diagnostics incapacitants de spondylarthrite ankylosante et de douleurs abdominales dans le cadre d'un status après plusieurs interventions chirurgicales abdominales. Pour l'essentiel, les limitations fonctionnelles retenues consistaient en la possibilité d'alterner les positions assise et debout ainsi que l'exclusion du soulèvement et du port régulier de charges excédant 5, respectivement 8 kilos. Il s'agissait également d'éviter la marche en terrain irrégulier ainsi que le franchissement répété d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Ils avaient ainsi considéré que la profession de secrétaire exercée alors par l'assurée était adaptée à son état de santé au vu de la spondylarthrite ankylosante et des douleurs abdominales présentées et avaient fixé à 40% la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, taux qui correspondait globalement à celui assumé par l'assurée à ce moment-là. En l'absence de changement sur le plan médical, l'office AI a maintenu le versement d'un trois quarts de rente basée sur un degré d'invalidité de 60% à l'issue de la révision engagée en 2010 (communication du 22 février 2011). Lors de la révision d'office que l'office AI a mis en œuvre au mois d'avril 2013, l'assurée a fait état d'une intervention chirurgicale pratiquée le 31 mai 2012 en raison d'une hernie discale droite L5-S1 avec douleurs dans la fesse et le membre inférieur droit, suivie d'une nouvelle opération en date du 15 janvier 2013, motivée par une récurrence de la symptomatologie douloureuse. Sur la base des renseignements médicaux recueillis, l'office AI a retenu, dans la décision dont est recours du 25 juillet 2014, une aggravation transitoire de l'état de santé de l'assurée du 31 mai 2012 (date de la première cure de hernie discale) au 12 juillet 2013, date de la dernière consultation auprès du Dr H._____. Durant cette période, il a considéré que la capacité de travail de l'intéressée était nulle, d'où le versement d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2013 (date à laquelle la révision d'office a été engagée) au 31 octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration constatée. Dès le 1^{er} novembre 2013, l'office AI reprenait le versement d'un trois quarts de rente. Dans l'intervalle, l'assurée avait changé de profession pour devenir thérapeute énergétique à titre indépendant, activité qu'elle avait reprise au mois de juillet 2013 à un taux oscillant entre 20 et 40%. b) L'assurée conteste la manière de voir de l'administration en invoquant une péjoration durable de son état de santé. A l'appui de sa thèse, elle fait valoir que de nouveaux diagnostics ont été posés depuis 2007 et qu'à cette époque elle ne souffrait d'aucune limitation au niveau lombaire. En outre, son état se serait dégradé dès le début de l'année 2014 à la suite d'une coloscopie qui n'aurait pas réussi. Par ailleurs, selon une IRM lombaire du 29 avril 2014, elle présenterait une récurrence de hernie discale L5-S1 droite, à laquelle s'ajouterait une maladie de Crohn diagnostiquée en février 2014 accompagnée de problèmes digestifs. S'appuyant sur les avis de ses médecins traitants, Dr H._____ et Prof. G._____, la recourante en infère une capacité de travail n'excédant pas 20% dans une activité adaptée. Ensuite de la production de quatre pièces médicales en réplique, l'office AI, par l'intermédiaire de son SMR, a convenu que deux d'entre elles étaient susceptibles d'infléchir la position adoptée dans ses avis précédents. Le magistrat instructeur a ainsi diligenté une expertise

pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne, de rhumatologie ainsi que neurologique/neurochirurgical auprès du Centre d'expertises J. _____ de la Policlinique Médicale T. _____ en vue de déterminer, d'une part, si une aggravation durable de l'état de santé de la recourante pouvait être retenue postérieurement au 31 octobre 2013 et, d'autre part, dans quelle mesure la capacité de travail de l'intéressée s'en trouvait affectée.

5. a) Dans leur rapport du 7 juillet 2015, les experts relèvent que, sur le plan rhumatologique, l'assurée présente une spondylarthropathie séronégative, HLA-B27 positive, de type arthrite antéropathique (de Crohn), dont l'activité est difficilement évaluable, le diagnostic ayant été retenu essentiellement en raison de la forte intensité douloureuse avec faible corrélation radioclinique puisque les signes de sacro-iliite sont plutôt modérés et comprennent les deux pieds des sacro-iliaques, avec peut-être une légère prédominance à droite. Le rhumatologue Dr D. _____ note qu'il n'y a pas eu par le passé ni actuellement de forte activité inflammatoire humorale et que les traitements de fond de la spondylarthropathie séronégative ont été accompagnés d'intolérance et qu'ils ont finalement été abandonnés par le rhumatologue traitant (Dr H. _____), compte tenu finalement du peu d'activité de la spondylarthropathie. Les douleurs lombaires étant décrites comme plutôt d'origine mécanique dans ce contexte, la spondylarthropathie n'explique selon lui pas de manière satisfaisante et prépondérante l'intensité de la symptomatologie douloureuse, à savoir essentiellement les lombopseudosciatalgies droites qui ont surtout été attribuées à une discopathie L5-S1. D'autre part, il n'y a pas d'évidence clinique ou anamnestique de synovite récidivante des articulations périphériques. Selon les experts, les douleurs lombaires basses irradiant en région sacro-iliaque bilatérale et particulièrement dans la fesse droite ont surtout été mises en relation avec une hernie discale L5-S1 droite. Ils rappellent que, le 31 mai 2012, l'assurée a été opérée une première fois d'une hernie discale L5-S1 droite avec une évolution totalement favorable. A la fin de l'année 2012, les douleurs récidivent et l'assurée est à nouveau opérée le 15 janvier 2013 avec reprise d'hémi laminectomie L5-S1 droite, cure de hernie et nouvelle discectomie. L'évolution est à nouveau tout à fait favorable, ce que l'assurée confirme en évoquant un « résultat miraculeux ». Néanmoins, en mars 2014, les douleurs lombaires en barre irradiant dans la fesse droite réapparaissent. Il n'y a toutefois pas d'irradiation distale ni de paresthésies associées. Subjectivement, l'expertisée décrit une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse et la possibilité de reprise d'activité quotidienne de base à partir d'août 2014, après une infiltration péridurale. Le Dr D. _____ explique encore qu'au jour de l'examen, l'assurée présente essentiellement une symptomatologie douloureuse chronique récidivante de l'appareil locomoteur dans le cadre de douleurs abdominales chroniques d'étiologie vraisemblablement multifactorielle. Sans mettre en doute l'authenticité des plaintes, il relève que ce sont pour l'essentiel les douleurs, phénomène subjectif complexe, non mesurable, propre à chaque individu, auquel s'associent des composantes sensorielles, affectives, émotionnelles et motivationnelles, qui diminuent, selon l'expertisée, les capacités fonctionnelles.

b) En ce qui concerne la maladie de Crohn, les experts observent que la coloscopie effectuée en février 2014 a confirmé la présence d'une iléite érosive compatible avec une maladie de Crohn iléale légère, étant donné la présence d'érosions plusieurs semaines après l'arrêt de toute consommation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Compte tenu du peu de symptomatologie de la maladie de Crohn, tout traitement de fond est interrompu, une intolérance aux traitements de Pentasa ayant été mise en évidence antérieurement. Au jour de l'expertise, les symptômes digestifs consistent surtout en une constipation chronique et des crampes abdominales, mais qui sont présentes

déjà depuis 1997 suite à une hémicolectomie droite effectuée en raison d'une péritonite stercorale à cause d'une perforation du caecum. Les experts considèrent que la constipation s'est toutefois améliorée, surtout depuis l'arrêt du traitement d'opiacés pris en raison des lombosciatalgies. Ils notent encore une brève hospitalisation en juin 2014 pour sub-iléus sur constipation, justement dans le contexte de la prise d'opiacés. Ce problème est cependant résolu et ne constitue pas une raison d'incapacité de travail au long cours. En résumé, la maladie de Crohn est décrite, à l'instar du gastro-entérologue traitant, comme peu active et ne nécessitant pas de traitement de fond. c) Au plan neurologique, l'examen spécifique effectué par l'expert Dr B. _____ n'a pas permis de mettre en évidence de syndrome lombovertébral significatif ni de signe radiculaire irritatif. En effet, les manœuvres de Lasègue sont rigoureusement négatives. En dehors d'un émoussement du réflexe achilléen droit, il n'y a pas de déficit radiculaire et l'électromyogramme du membre inférieur droit s'est révélé normal. En particulier, cet examen a permis d'exclure une éventuelle souffrance radiculaire S1 droite aiguë. Sur le plan neuroradiologique, l'IRM du 29 avril 2014 met en effet en évidence une récurrence de hernie discale paramédiane droite en L5-S1, mais de petite taille. Un éventuel conflit radiculaire sous-jacent n'est donc pas certain. L'examen effectué par le neurochirurgien Dr A. _____ est tout à fait concordant avec celui du neurologue. Le conflit radiculaire sur la racine S1 droite sur les différentes imageries IRM de 2012 et la dernière d'avril 2014 ne se traduit pas cliniquement par une souffrance radiculaire neurologique. En fin de compte, selon le Dr B. _____, l'assurée présente des lombalgies en barre, et des douleurs fessières droites, probablement multifactorielles, en relation avec une maladie rhumatismale, et en particulier une sacro-iléite droite, associée à une petite récurrence de hernie discale à la hauteur de L5-S1 à droite. Une composante radiculaire n'est pas certaine. Si celle-ci devait être retenue, il conviendrait de considérer qu'elle est de faible importance en l'absence de répercussions cliniques et myographiques significatives. Afin d'évaluer l'indication et surtout les chances de succès d'une éventuelle chirurgie du rachis lombaire, le neurochirurgien consultant Dr A. _____ a proposé de tenter de faire la part entre une composante inflammatoire ou mécanique concernant les lombalgies. L'anamnèse ne permet pas de faire la part claire entre les deux car la douleur est tantôt de caractère inflammatoire, c'est-à-dire surtout la nuit avec une augmentation de la douleur au repos, tantôt de caractéristique plutôt mécanique, à la marche prolongée. Le neurochirurgien prénommé relève que l'IRM du 29 avril 2014 ne montre pas de sagittalisation majeure des articulaires postérieures L4-L5 ou L5-S1 bilatéralement et qu'il n'y a pas de listhésis au niveau lombaire sur les différentes séquences IRM. Les experts en déduisent que cela parle peu en faveur de douleurs à caractère mécanique et de ce point de vue, une prise en charge chirurgicale n'aurait pas de grande chance d'améliorer les douleurs lombaires de l'expertisée. Pour étayer l'analyse du neurochirurgien, ils envisagent la réalisation d'une nouvelle IRM du rachis lombaire avec et sans injection de gadolinium, à la recherche de prise de contraste diffuse et afin d'investiguer la prise de contraste du débord discal visualisé en L5-S1 à droite. Ils évoquent également la possibilité de réaliser des radiographies dynamiques du rachis lombaire, en flexion et extension de profil, afin de rechercher une hypermobilité segmentaire au niveau lombaire. Une instabilité orienterait vers une éventuelle attitude chirurgicale. Néanmoins, les experts relèvent que jusqu'au jour de l'expertise, les neurochirurgiens, dont le Prof. G. _____, étaient plutôt réservés quant à un nouveau traitement chirurgical, ce qui était également l'avis du Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation à la Clinique I. _____ à [...] qui avait examiné l'assurée en août 2014. Le rhumatologue Dr D. _____ exprime aussi des

réserve quant à une nouvelle intervention chirurgicale si celle-ci avait un but antalgique uniquement et en l'absence de signe clinique ou paraclinique clair, notamment déficitaire ou irritatif neurologique. De son côté, l'assurée elle-même est réticente quant à une telle attitude chirurgicale et note une nette amélioration des lombalgies avec le traitement de physiothérapie effectué de septembre 2014 à février 2015 et surtout après l'infiltration d'août 2014. 6. a) Sur la base des éléments cliniques recueillis et des données à sa disposition, le Dr D. _____ estime à l'issue de son examen que, d'un point de vue rhumatologique, il n'y a pas d'évolution significative d'une atteinte anatomique structurelle de la spondylarthropathie depuis 2005. Pour leur part, les experts confirment que la spondylarthrite ankylosante est stable depuis 2012 (date de la dernière infiltration de la sacro-iliaque droite). De même, les douleurs sont stables malgré l'absence d'un traitement de fond. Il n'y a par ailleurs pas de signe de synovite ou de signe scintigraphique pour une atteinte de l'articulation sacro-iliaque. De ce fait, ils ne peuvent ainsi pas objectiver une progression ou une augmentation de l'activité de la spondylarthropathie séronégative depuis le rapport dressé par le Dr H. _____ en date du 30 avril 2013. Ainsi, en l'absence d'éléments médicaux objectifs, les experts concluent qu'il n'y a pas d'aggravation du status rhumatologique de l'assurée depuis le rapport médical rendu par les Drs L. _____ et V. _____ le

E. 24

octobre 2007. b) Sur le plan neurologique, respectivement neurochirurgical, les experts de la Polyclinique Médicale T. _____ observent qu'en 2007, la situation était marquée par des douleurs lombaires avec irradiations de type décharges électriques (irritatives dans les membres inférieurs) alors que la situation au jour de l'expertise se présente surtout sous la forme de douleurs lombaires à caractère inflammatoire, avec très peu d'irradiations dans les membres inférieurs. Ils en concluent que la situation clinique prévalant en 2015 est différente de celle existant en 2007. Cela étant, une aggravation neurologique objective s'évalue par une faiblesse motrice, une baisse de la sensibilité des membres inférieurs, des troubles sphinctériens évalués anamnesticquement et objectivement, une augmentation des douleurs de type irritatif dans les membres inférieurs avec quelques signes qui pourraient être positifs à la marche, à l'exemple d'un signe de Lasègue. Or, le status neurologique clinique fait état d'une force musculaire à M5 aux membres inférieurs, soit un degré normal. Il n'y a pas de déficit sensitif de la sensibilité profonde aux membres inférieurs. La marche est autonome et stable. Il n'y a pas de douleurs à la palpation des épineuses. Aucune claudication neurogène n'est relevée, pas plus que des troubles sphinctériens. Par ailleurs, les experts n'ont pas d'évidence de la répercussion clinique de la discrète hernie discale L5-S1 droite. De plus, la patiente ne présente pas de radiculopathies irritatives (les douleurs dans les membres inférieurs sont essentiellement de type brûlures, soit des douleurs neuropathiques qui ne traduisent pas cliniquement une compression radiculaire active). L'assurée se plaint essentiellement de lombalgies avec discrètes irradiations de type neuropathique dans les membres inférieurs, ce qui évoquerait plutôt un tableau à caractère clinique inflammatoire, fondant le diagnostic de lombalgies chroniques avec caractère inflammatoire sans toutefois qu'un déficit neurologique leur soit associé. Ainsi, sans aller jusqu'à reconnaître à proprement parler une aggravation du status neurologique depuis le 24 octobre 2007, les experts retiennent que la situation médicale est tout au plus changée en raison d'un status après deux interventions pour cure de hernie discale et récurrence de hernie discale respectivement en 2012 et 2013. A l'instar des médecins du SMR, ils estiment cependant que l'aggravation n'est que passagère et qu'elle ne saurait perdurer au-delà de six

mois après l'opération de récurrence de hernie discale réalisée le 15 janvier 2013. Relevant encore que, selon le Dr H. _____, la situation s'est relativement améliorée dès la mi-juillet 2013, les experts la considèrent comme stabilisée au 31 octobre 2013. Par rapport à 2007, la seule aggravation sous l'angle neurologique est l'apparition d'un émoussement du réflexe achilléen droit. Cela étant, il s'agit d'un signe minime, vraisemblablement durable. c) En définitive, les experts de la Polyclinique Médicale T. _____ considèrent qu'il n'y a pas de documentation objective neurologique, neurochirurgicale ou rhumatologique permettant d'admettre l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée au-delà du 31 octobre 2013. Certes, en mars 2014, l'intensité des lombalgies, qui s'étaient améliorées entre temps, est à nouveau plus forte, jusqu'à l'infiltration lombaire effectuée en août de la même année et parallèlement à l'instauration d'un traitement de physiothérapie. Concernant cette récurrence douloureuse, les experts n'ont toutefois pas été en mesure de démontrer d'aggravation neurologique/neurochirurgicale, qui aurait impliqué la présence de signes neurologiques déficitaires ou irritatifs sciatiques au moins dans le territoire L5-S1, rejoignant en cela les constatations cliniques du Prof. G. _____. Ils ajoutent qu'une compression radiculaire n'est de loin pas certaine et qu'il n'y a pas non plus de signe sur le plan électrophysiologique. d) S'agissant de l'appréciation des répercussions des atteintes à la santé présentées par l'assurée sur sa capacité de travail, les experts retiennent que les limitations fonctionnelles neurologiques – neurochirurgicales sont les mêmes que celles induites par l'affection rhumatologique, laquelle comprend la maladie de Crohn qui lui est associée. Elles consistent pour l'essentiel en l'absence de ports de charges lourdes et la possibilité d'alterner les positions assise et debout. Quant aux douleurs, les experts relèvent que ce sont essentiellement ces dernières qui diminuent, aux dires de l'assurée, ses capacités fonctionnelles et de travail. Ils s'efforcent dès lors d'en tenir compte dans leur appréciation de la capacité de travail exigible. Cela étant, ils soulignent que l'anamnèse et l'examen pratiqué par l'interniste n'ont pas mis en évidence de symptômes ou de signes parlant pour un état dépressif ou un trouble somatoforme persistant. L'assurée montre en outre de bonnes ressources adaptatives, n'est pas ralentie au plan psychomoteur, a pu préserver une vie familiale, sociale et personnelle et a même pu mettre sur pied des projets professionnels comme thérapeute indépendante à domicile, raisons pour lesquelles ils considèrent que le pronostic est bon. Ainsi, compte tenu des constatations opérées pendant l'examen clinique réalisé dans le cadre de chacune des consultations spécialisées ainsi que des douleurs présentées au jour de l'expertise, les experts fixent à 40% dès le 1^{er} novembre 2013 la capacité de travail de l'assurée dans son activité de thérapeute à domicile indépendante, considérée comme adaptée à son état de santé, étant précisé qu'une activité physique soutenue et prolongée aggraverait ses douleurs lombaires. A cet égard, les experts indiquent que, une fois le travail repris, les douleurs devront faire l'objet d'une réévaluation ultérieure, éventuellement sous la forme d'une prise en charge chirurgicale de type fixation lombaire. 7. Par écriture du 18 août 2015, la recourante formule diverses observations à l'endroit du rapport déposé par les experts le 7 juillet 2015, ce qui l'a conduit à dresser un questionnaire complémentaire à soumettre aux experts en vue d'obtenir des précisions de leur part à propos des points mis en exergue dans ses déterminations. Ayant fait droit à la requête de la recourante, le magistrat instructeur a invité les experts de la Polyclinique Médicale T. _____ à procéder à ce complément d'expertise en répondant aux questions rédigées à leur intention. Celles-ci concernent pour l'essentiel le point de savoir si les experts ont eu connaissance des quatre rapports médicaux produits par la recourante en réplique, l'interprétation de l'IRM lombaire du 29 avril 2014, l'influence des douleurs sur la

capacité de travail ainsi que le suivi médical dont l'assurée a fait l'objet postérieurement au dépôt du rapport d'expertise. Dans leur complément d'expertise du 22 décembre 2015, les Dresses C._____ et P._____ confirment avoir été en possession des quatre rapports médicaux auxquels la recourante se réfère dans son questionnaire. Elles expliquent avoir eu ces rapports à leur disposition, en avoir pris connaissance et confronté leur contenu avec leurs propres constatations cliniques. Elles soulignent également avoir discuté les répercussions de ces dernières sur la capacité de travail de l'assurée en fonction des examens neurologiques, neurochirurgicaux ainsi que rhumatologiques auxquels les différents experts ont procédé. Ce faisant, ceux-ci se sont ainsi exprimés, dans le cadre de leur appréciation globale de la situation et dans les réponses aux questions, sur la divergence d'appréciation entre leur avis et celui ressortant en particulier du rapport du Prof. G._____ du 15 septembre 2014. Il en va d'ailleurs de même de l'évaluation faite par le Dr H._____ dans son rapport du 13 octobre 2014. En fin de compte, les Dresses P._____ et C._____ affirment avoir pris en considération dans leur discussion globale les considérations médicales figurant dans les quatre documents produits, même si les deux pièces précitées ne sont selon elles pas des rapports médicaux à proprement parler mais constituent plutôt une prise de position au sujet de l'avis des médecins du SMR. En outre, les diverses IRM lombaires ont été examinées en détail par les neurochirurgiens de même que les examens radiologiques. S'agissant plus particulièrement de l'IRM lombaire du 29 avril 2014, elles exposent que ce document, qui montre une récurrence de hernie discale paramédiane droite en L5-S1 (cette constatation est radiologique), au demeurant de petite taille, et l'absence de souffrance radiculaire S1 droite aiguë au plan clinique, a été discutée et interprétée par le neurologue Dr B._____ et le neurochirurgien Dr A._____. Les discopathies aux trois derniers étages lombaires, révélées par cette IRM, font partie intégrante du diagnostic principal, soit les lombo-pyralgies multifactorielles avec syndrome radiculaire S1 droit séquellaire non déficitaire et la spondylarthropathie. Même s'il n'y a pas de souffrance clinique aiguë liée à la hernie radiologique, les experts n'ont en aucun cas exclu le fait qu'il puisse y avoir des douleurs lombaires dans le contexte du status après opération de hernie et de la spondylarthrite ankylosante (cf. discussion globale) et donc qu'il y ait une répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, les Dresses C._____ et P._____ soulignent qu'une incapacité de travail n'est pas définie en fonction de constatations radiologiques seules. Par ailleurs, les médecins prénommés rappellent que les répercussions des douleurs liées aux pathologies présentées et leurs répercussions fonctionnelles ont été prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail. Elles ne sauraient ainsi constituer un facteur supplémentaire à prendre en considération dans l'évaluation de la capacité de travail, laquelle repose au contraire sur une appréciation globale de l'état de santé incluant la symptomatologie douloureuse. Quant au suivi médical dont l'assurée a fait l'objet postérieurement au dépôt du rapport d'expertise du 7 juillet 2015, il ressort des renseignements recueillis à cet égard par les Dresses C._____ et P._____ que l'intéressée a consulté son médecin traitant (Dr X._____) pour un contrôle des valeurs tensionnelles, des symptômes digestifs avec ballonnements et des lombalgies. De son côté, le gastroentérologue n'a pas fait état d'une modification du traitement. Pour sa part, le Dr K._____ a évoqué le 14 octobre 2015 une évolution favorable ensuite des séances de physiothérapie prescrites par ses soins, alors que le Dr H._____ a noté en décembre 2015 que « la situation [était] stable et acceptable sous Irfen et Dafalgan, avec une situation tolérable, sans récurrence, en particulier de problème rachidien et de la sciatalgie. » Partant, les éléments discutés dans le complément

d'expertise du 22 décembre 2015 ne conduisent pas les Dresses C. _____ et P. _____ à revenir sur leur appréciation de la capacité de travail, qu'elles déclarent ainsi maintenir à 40% dans l'activité – adaptée – de thérapeute énergétique indépendante à domicile. 8. Sur le vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que, par l'intermédiaire de son SMR, l'office AI a considéré, dans sa décision du 25 juillet 2014, qu'en l'absence de corrélation radio-clinique, l'aggravation constatée postérieurement aux deux cures de hernie discale pratiquées en mai 2012 et janvier 2013 n'avait pas perduré au-delà du 31 octobre 2013, soit trois mois après la dernière consultation de l'assurée auprès du Dr H. _____, le 12 juillet 2013. Après avoir versé une rente entière à l'assurée du 1^{er} avril 2013 (date à laquelle la révision d'office a été engagée) au 31 octobre suivant, il a donc réduit la prestation servie à une rente de trois quarts dès le 1^{er} novembre 2013 sur la base d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 40%, telle que fixée dans sa décision du 18 septembre 2008 ensuite de l'examen clinique chirurgico-rhumatologique réalisé au SMR le 23 octobre 2007. Cela étant, il y a lieu de relever que le rapport d'expertise du 7 juillet 2015 complété en date du 22 décembre suivant des médecins du Centre d'expertises J. _____ de la Policlinique Médicale T. _____ satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence résumée ci-avant (cf. considérant 3c ci-dessus) pour se voir conférer pleine valeur probante. Reposant sur une étude attentive du dossier, ce rapport est particulièrement complet et nuancé quant à l'approche d'un cas complexe dans sa globalité. Fruit de diverses consultations spécialisées, il tient compte des plaintes exprimées par l'assurée au cours des entretiens qu'elle a eus avec les différents experts. Le rapport comprend en outre l'anamnèse circonstanciée de l'intéressée et décrit le contexte médical. Les développements sont clairs et les conclusions convaincantes. A cet égard, dans leur appréciation finale, les experts ont particulièrement pris soin de discuter la question de la capacité de travail exigible de la part de l'assurée au regard des plaintes douloureuses qu'elle exprime, et leurs conclusions sur ce point sont dûment motivées. Dès lors, on ne saurait s'en écarter sur la seule base des rapports médicaux produits par la recourante en réplique, au demeurant dûment pris en considération dans le rapport d'expertise du 7 juillet 2015 et son complément du 22 décembre suivant. Quoi qu'il en soit, il sied de constater qu'aucune pièce du dossier ne permet de remettre en question les conclusions des experts. En résumé, en dressant un bilan complet et convaincant des pathologies présentées par l'assurée avec une analyse fouillée quant à leurs répercussions en termes d'exigibilité, les experts procèdent à une appréciation claire de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Celles-ci ne peuvent en conséquence qu'être suivies. 9. Dans un dernier moyen, la recourante soutient qu'en raison d'une capacité résiduelle de travail de 40 % dans le cadre d'un emploi adapté à son état de santé, la mise en œuvre de sa capacité résiduelle de travail sur le marché ouvert du travail ne peut que s'avérer des plus illusoirs. a) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que

pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C 804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les références).

b) Comme le rappelle la recourante, le Tribunal fédéral a admis dans un arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009 que les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il y a lieu de tenir compte en matière d'assurance-invalidité lorsque la nature et l'importance de la pathologie constituent des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative, dans la mesure où un employeur ne prendrait pas le risque d'engager une personne fortement atteinte dans sa santé. Dans ce cas, l'assuré souffrait d'un grave trouble de la personnalité, ne disposait d'aucune capacité de travail et ne pouvait exercer d'activités qu'en milieu protégé. Selon les rapports probants des médecins qui l'avaient examiné, sa capacité de travail ne pouvait être mise en valeur que dans des conditions particulièrement restreintes, soit dans un environnement confiné et protégé, en dehors de tout stress professionnel et social (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 5.2 et 6.2; cf. aussi TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.3 cité par la recourante). En l'espèce cependant, aucune réserve n'a jamais été exprimée par les experts consultés au sujet de la capacité de la recourante à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. En particulier, il n'a jamais été question d'une activité exigible uniquement dans un milieu protégé. Une restriction de l'exigibilité retenue ne saurait découler de la simple diminution de la capacité de travail de l'intéressée. Du reste, les experts soulignent que l'anamnèse et l'examen par l'interniste n'ont pas mis en évidence de symptômes ou de signes parlant pour un état dépressif ou un trouble somatoforme persistant. Ils excluent toute simulation. Ils considèrent ainsi que le pronostic est bon. L'assurée montre par ailleurs de bonnes ressources adaptatives, n'est pas ralentie au plan psychomoteur, a pu préserver une vie familiale, sociale et personnelle et a même pu mettre sur pied des projets professionnels comme thérapeute indépendante à domicile, contexte dans lequel elle a la faculté d'organiser son temps de travail. Ainsi, les experts concluent que cette activité – considérée comme adaptée – est exigible à 40% de la part de l'intéressée. Enfin, la jurisprudence citée par la recourante ne lui est d'aucun secours. Dans la cause 9C_659/2014 du 13 mars 2015, l'assurée était proche de l'âge de la retraite (ce qui n'est pas son cas), circonstance dans laquelle il faut procéder à une analyse globale spécifique pour évaluer si l'assuré est en mesure, de manière réaliste, de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, notamment en fonction des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire et de la durée prévisible des rapports de travail. Quant à la cause 9C_804/2014 du 16 juin 2015, il s'agissait d'une assurée sans formation professionnelle présentant un léger retard mental (QI à 68) pour laquelle le Tribunal fédéral a considéré que son niveau intellectuel ne constituait pas un obstacle irrémédiable à la reprise d'un travail sur un marché lui offrant un éventail suffisamment large d'activités simples, répétitives et sans responsabilité, dont un nombre significatif est adapté à ses limitations intellectuelles et accessibles sans aucune formation particulière. Sur ce point également, le recours est mal fondé. 10. En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui

entraîne la confirmation de la décision entreprise. 11. Il reste à statuer sur les frais et les dépens de la cause (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI et 4 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.