

VD_GERICHTE ZD14.036921 vom 10. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.036921

FR: VD_GERICHTE ZD14.036921 du 10 mai 2016

IT: VD_GERICHTE ZD14.036921 del 10 maggio 2016

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.

- 20 -

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%.

- 21 -

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

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 1er 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 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

- 39 - 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 1er 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 1er 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

- 40 - 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 Polyclinique 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

- 41 - 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 périurale. 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

- 42 - 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 lomboveutéral 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

- 43 - 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 caractère 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

- 44 - août 2014. Le rhumatologue Dr D. _____ exprime aussi des réserves 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 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

- 45 - sphinctériens évalués anamnestiquement 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 récidive 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

- 46 - 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 récidive 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

- 47 - 1er 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

Policlinique 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

- 48 - 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

- 49 - 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 Desses 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 1er 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 1er 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 Polyclinique 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

- 50 - 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,

- 51 - 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 LPG), 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 LPG, 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

- 52 - 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

- 53 - 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. 1bis 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.