

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 novembre 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Gutmann et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

V. _____, à Vevey, recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 16 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____, née en 1968 (ci-après : l'assurée ou la recourante), a déposé le 12 septembre 2011 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en invoquant des cervicalgies avec cervicarthrose C5-C6 et un tendon enflammé et abîmé au bras gauche. Indiquant qu'elle exerçait la profession de vendeuse à 80 % depuis 2005, elle a précisé qu'elle était en incapacité de travail depuis le 25 février 2011.

Dans un questionnaire 531 bis du 7 octobre 2011, l'assurée a indiqué, qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80 % comme vendeuse pour des raisons financières.

Dans un rapport du 24 octobre 2011 à l'attention de l'assurance perte de gain (M._____), le Dr Z._____, interniste FMH, a posé les diagnostics de cervicalgies et scapulalgies bilatérales prédominant à gauche avec irradiations dans le membre supérieur gauche sur discopathie protrusive majeure avec sténose canalaire marquée et légère sténose foraminale bilatérale, compression du cordon médullaire sans signe de myélopathie et de douleurs scapulaires gauches sur tendinopathie sus-épineuse par conflit sous acromial. Le médecin indiquait que, depuis le début de l'année, il y avait eu un développement de la symptomatologie décrite dans le diagnostic nécessitant une réduction du temps de travail à 50 %. Le Dr Z._____ joignait à son rapport celui du Dr L._____, rhumatologue FMH, du 21 septembre 2011. Ce dernier posait les diagnostics de cervicalgies de caractère musculaire dysfonctionnel avec discopathie protrusive C5-C6 et spondylose cervicale et faisait état de douleurs scapulaires gauches sur tendinite du sus-épineux par conflit sous acromial.

Dans un rapport du 5 décembre 2011, le Dr L._____ exposait que le pronostic devrait être favorable avec l'application de mesures

médicales antalgiques et le maintien de l'assurée dans son activité professionnelle avec la nécessité d'aménagements de ses conditions de travail. En revanche, la persistance des douleurs cervicales depuis près d'une année, associée aux symptômes algo-paresthésiques musculaires cervico-scapulaires gauches étaient des éléments défavorables au pronostic. Le Dr L. _____ énumérait les restrictions physiques, mentales ou psychiques de l'assurée suivantes :

«Limitations de la mobilité de la nuque et du dos. Restriction des positions statiques assise et debout prolongées. Limitation des mouvements et des efforts en antéflexion et en charge. Impossibilité d'effectuer des travaux physiques contraignants notamment pour porter, soulever et déplacer des charges moyennes ou lourdes. Impossibilité de travailler avec les bras au-dessus de la tête. Pas ou peu de restriction mentale ou psychique, liée aux douleurs cervico-scapulaires chroniques. »

Le médecin estimait que l'assurée pouvait travailler à 50 % dans son activité habituelle.

Dans un rapport du 30 mai 2012, le Dr L. _____ indiquait que la capacité de travail dans la profession de vendeuse était nulle depuis le 1^{er} avril 2012. Il décrivait comme suit les limitations fonctionnelles de l'assurée :

« Impossibilité de maintenir les positions statiques assise et debout. Limitation des mouvements et des efforts en antéflexion et en charge. Impossibilité de travailler avec les bras au-dessus de la tête et impossibilité d'effectuer les travaux physiques contraignants, notamment pour porter, soulever et déplacer des charges moyennes ou lourdes. »

A la demande de la J. _____, le Dr K. _____, rhumatologue FMH, a expertisé l'assurée. Il a conclu comme suit son rapport du 23 mai 2012 :

- « 1. Diagnostics actuels exacts
- Cervico-brachialgies bilatérales
- Discopathie C5-C6 et C6-C7
- Tendinopathie du sus-épineux gauche
- 2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle ?

L'incapacité de travail de l'assurée est de 50% comme vendeuse et ceci vraisemblablement de manière durable mais pas forcément définitive en regard d'une éventuelle chirurgie cervicale.

3. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée à l'handicap ?

Dans une activité adaptée, évitant les mobilisations cervicales et la position statique prolongée, les travaux de force et répétitifs impliquant les membres supérieurs, la capacité de travail de l'assurée est d'au moins 75%, laissant toutefois à l'AI qui possède les instruments nécessaires d'évaluer la capacité de travail de l'assurée et son rendement par le biais d'un stage.

4. Des mesures de réinsertion de l'AI vous semblent-elles compatibles avec l'état de l'assurée et seraient-elles bénéfiques ?

Oui mais le cas n'est actuellement pas stabilisé, l'assurée étant dans l'attente d'une éventuelle chirurgie décompression cervicale.

5. En cas de reprise du travail, avez-vous avisé l'assurée/son médecin traitant de vos conclusions ?

L'assurée oui mais pas son médecin traitant.

6. Votre pronostic ?

Le pronostic reste relativement réservé compte tenu de l'importance de la discopathie C5-C6 et de son risque potentiel d'atteinte médullaire.

7. Votre proposition de traitements ?

L'expert n'a pas de proposition magistrale à soumettre au-delà de la prise en charge actuelle mise en place et l'éventualité d'une chirurgie rachidienne qui devrait être décidée par les spécialistes du A. _____ (réf. : Centre hospitalier A. _____).

8. L'assurée a-t-elle déjà été soignée pour cette maladie, dans l'affirmative quand ?

Non. »

Dans un rapport du 26 juin 2012, le Dr L. _____ indiquait qu'une prise en charge neurochirurgicale était programmée et qu'une reprise du travail n'était pas envisageable avant l'obtention d'une amélioration fonctionnelle avec le traitement neurochirurgical programmé.

L'assurée a été opérée le 6 septembre 2012 dans le Service de neurochirurgie du A. _____. L'intervention a consisté en une discectomie C5/C6 et en la mise en place d'une cage Prevail™ par voie antérieure.

La lettre de sortie du 17 septembre 2012 a notamment la teneur suivante (sic) :

« Les suites opératoires sont simples et afebriles. En postopératoire la patiente présente d'un soulagement important de la douleur radriculaire persistence des parasthésiae au niveau des membres

inférieur et supérieur gauches. Il n'y a pas de signes de compressions médullaires et l'évolution est favorable, avec reprise de la mobilisation. La cicatrice reste calme, sans signes inflammatoires. Les radiographies de contrôle montrent le bon placement du matériel d'ostéosynthèse. Compte tenu de la persistance de la symptomatologie de type paresthésie, nous avons sensibilisé la patiente quant à l'importance de nous recontacter au plus tard à quatre jours, en cas de persistance de celle-ci. Au vu de l'évolution favorable, la patiente peut regagner son domicile le 10.09.2012. »

Dans un rapport du 23 novembre 2012, le Dr G._____, chef de clinique dans le Service de neurochirurgie du A._____, a indiqué que l'évolution était favorable sur le plan des cervico-brachialgies mais que l'assurée présentait des douleurs au niveau de l'omoplate à droite et au niveau du membre inférieur gauche (MIG), probablement en lien avec des douleurs articulaires.

Dans un rapport du 15 janvier 2013, le Dr L._____ a précisé que l'assurée présentait des cervicalgies résiduelles post-disectomie C5-C6. Des mesures pour une réadaptation professionnelle paraissaient nécessaires. La capacité de travail ne dépassait pas 50 % et une reprise complète dans une activité adaptée n'était envisageable que quelques mois plus tard, après obtention d'une amélioration symptomatique et fonctionnelle correcte.

Selon un rapport du 18 février 2013 du Dr L._____, les douleurs cervicales de caractère musculaire dysfonctionnel persistaient et l'examen musculo-squelettique pratiqué le jour même mettait en évidence la persistance de tensions musculaires para-vertébrales cervicales mais sans signe radiculaire irritatif ni déficitaire des membres supérieurs. Quant aux douleurs de la périhanche gauche, elles étaient en accentuation relative, associées à une irradiation le long du tractus ilio-tibial.

Dans un rapport du 11 avril 2013, le Dr N._____, interniste FMH et médecin traitant de l'assurée, s'est référé au rapport du Dr L._____ s'agissant des plaintes rhumatologiques. Il a relevé en outre que l'assurée présentait un syndrome dépressif d'installation progressive avec une humeur déprimée, une anhédonie, une fatigabilité accrue, des

troubles de la concentration, des troubles du sommeil et une attitude pessimiste face à l'avenir.

Dans un rapport du 28 avril 2013, le Dr L. _____ indiquait notamment ce qui suit :

« Les douleurs cervicales de caractère musculaire dysfonctionnel persistent, associées à des symptômes paresthésiques résiduels de la main gauche. Le suivi opératoire neurochirurgical effectué par le Docteur G. _____ reconnaît une atténuation des douleurs radiculaires, mais confirme la persistance de nuchalgies, de douleurs de l'omoplate droite.

La situation symptomatique est aggravée par l'apparition de douleurs de la périhanche gauche, puis de lombalgies qui ont été partiellement soulagées par une infiltration réalisée en novembre 2012. Actuellement, les douleurs de la nuque, du dos et de la périhanche gauche persistent ; les différentes médications anti-inflammatoire, antalgique et myorelaxante n'apportent qu'un soulagement partiel des symptômes douloureux.

Les traitements de physiothérapie n'ont pas encore pu être effectués à cause des douleurs et pour des raisons organisationnelles.

L'option d'utiliser une collerette cervicale en mousse pour soulager la colonne cervicale n'est pas souhaitée par le Docteur G. _____, neurochirurgien au A. _____ . »

Le pronostic était défavorable en raison de la persistance des douleurs.

Dans un rapport du 29 avril 2013, le Dr L. _____ a notamment informé l'OAI de ce qui suit :

« L'évolution sur le plan symptomatique algique est défavorable avec des douleurs diffuses de la nuque, des épaules, du dos et de la périhanche gauche.

Si l'on veut parler de stabilisation, celle-ci correspond à une chronicisation des douleurs, tant au niveau cervical que lombaire et de la périhanche gauche.

4. Quelles sont les dates précises des arrêts de travail ?

Incapacité de travail à 100% jusqu'au 30.01.2013 ; incapacité de travail de 50% à partir du 01.02.2013 dans une activité professionnelle adaptée, mais non fournie par l'assurance chômage selon les dires de la patiente et absence d'examen médical par un médecin-conseil, qui aurait été souhaitable.

5. Quelle est la capacité de travail dans la profession actuelle de vendeuse ? Et à partir de quand ?

La capacité de travail actuelle dans la profession de vendeuse est nulle.

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles précises qui relèvent de l'AI ?

Position debout prolongée, en porte-à-faux du dos, flexion et torsion répétées du rachis. Mouvements répétés en élévation des bras. Port de charges de plus de 5 à 7 kg et moindres si les efforts sont répétitifs. Travail posté et à la chaîne. Position assise statique. Marches répétées sur terrain irrégulier, montée et descente des escaliers.

7. Quelle est la capacité de travail dans une profession médicalement adaptée (dates et taux) ?

Une reprise à un faible taux de l'ordre de 25-30% à partir du troisième trimestre 2013 pourrait éventuellement être envisagée ; la détermination de la capacité de travail dans une profession médicalement adaptée doit faire l'objet d'une expertise proprement dite.

8. Quels sont les traitements en cours ?

Médication antalgique, anti-inflammatoire, myorelaxante. Physiothérapie. Suivi neurochirurgical de la colonne cervicale par le Docteur G. _____ au A. _____.

9. Quelle est la compliance au traitement ?

La compliance au traitement est à priori bonne. »

Le 7 octobre 2013, les Drs T. _____, chirurgien orthopédique FMH, et H. _____, psychiatre FMH, ont examiné l'assurée au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR). Les parties « diagnostics » et « appréciation du cas » de leur rapport du 25 novembre 2013 ont la teneur suivante :

« DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
- CERVICOBRACHIALGIES PERSISTANTES.
- STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE C5-C6 PAR DISCECTOMIE ET MISE EN PLACE D'UNE CAGE INTERSOMATIQUE. M50.9.
- POSSIBLE PÉRIARTHRITE DE LA HANCHE G. M70.7.
- LOMBALGIES CHRONIQUES.
- PROBABLE CONFLIT SOUS-ACROMIAL DE L'ÉPAULE G, AVEC TENDINOPATHIE DU SUS-ÉPINEUX.
- AU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE, AUCUN.
- sans répercussion sur la capacité de travail
- AU POINT DE VUE SOMATIQUE, AUCUN.
- AU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE, AUCUN.

APPRÉCIATION DU CAS

Assurée âgée de 44 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé comme vendeuse à 80%. Elle a développé depuis le mois de décembre 2010 des douleurs à l'épaule G (réd. : gauche), puis à D (réd. : droite), ainsi que des cervicalgies.

Le bilan neurologique des membres supérieurs s'est avéré dans la limite de la norme.

Une IRM cervicale, effectuée en avril 2011, a montré la présence d'une hernie discale C5-C6, accompagnée d'une spondylose responsable d'une sténose canalaire marquée et une légère sténose foraminale bilatérale.

Après échec du traitement conservateur, l'assurée a bénéficié d'une cure chirurgicale de hernie discale C5-C6 par voie antérieure, avec discectomie et mise en place d'une cage Prevail le 06.09.2012. Les suites opératoires ont été marquées par la persistance de douleurs du membre supérieur G, augmentation des cervicalgies et des douleurs en regard de l'omoplate D.

Tous les traitements instaurés jusqu'à présent, qu'ils soient médicamenteux ou de physiothérapie se sont soldés par des échecs. Après avoir attentivement examiné Mme V._____, on reste perplexe devant l'intensité des douleurs exprimées par l'assurée et l'examen clinique rassurant.

Une expertise, effectuée par le Dr K._____ en mai 2012, a conclu que l'assurée avait une capacité de travail de 50% comme vendeuse et de 75% au moins dans une activité adaptée.

Le Dr L._____, dans son rapport médical à l'Al d'avril 2013, estime que la capacité de travail de l'assurée est de 50% à partir du 01.02.2013, dans une activité adaptée. Plus loin, il dit qu'une reprise dans une activité adaptée à faible taux de l'ordre de 25-30% à partir du 3^{ème} trimestre 2013 pourrait éventuellement être envisagée.

Les conclusions du Dr L._____ par rapport à la capacité de travail de l'assurée sont basées essentiellement par des symptômes douloureux, qui dépassent ce qu'on pourrait attendre au vu des lésions somatiques objectivées.

Il ne s'agit pas d'un syndrome douloureux de type somatoforme ou d'une fibromyalgie, mais des signes de non-organicité sont présents. Il n'y a pas une description exacte du poste de travail de vendeuse que l'assurée a exercé jusqu'en 2012. S'il s'agit d'une activité principalement debout, qui nécessite de soulever des faibles charges au-delà de l'horizontale, la capacité de l'assurée me paraît être nulle depuis le 01.04.2012, date de son arrêt de travail.

Sur le plan somatique, dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est uniquement limitée par les douleurs. Une diminution de la capacité de travail de 25% est justifiable. On peut dater cette reprise de travail au 01.02.2013, date à laquelle l'assurée s'est inscrite au chômage à 50%.

Au point de vue psychiatrique, l'anamnèse familiale ne contient aucun antécédent.

L'assurée déclare n'avoir jamais été malade sur le plan psychiatrique. Elle s'est sentie très triste après le décès de sa mère en 2000 et a été suivie pendant 3 mois par un psychologue.

Son dossier médical ne contient aucun document émanant d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 11.04.2013, le Dr N._____, médecin traitant de l'assurée, suspecte l'installation progressive d'un état dépressif probablement en partie réactionnel aux douleurs chroniques de l'assurée.

Dans l'anamnèse recueillie ce jour, l'assurée parle d'une tristesse et d'une fatigue en relation avec la présence de douleurs somatiques chroniques à la suite d'une intervention chirurgicale pour hernie discale en septembre 2012. Elle parle de sa peur d'avoir une maladie somatique dont les douleurs seraient le symptôme. Sa tristesse est nettement en relation avec ses douleurs somatiques et fluctue avec elles. Son médecin traitant lui a prescrit un antidépresseur, la Venlafaxine® à raison de 75 mg/jour, cette dose a été augmentée à 150 mg/jour il y a 3 jours.

L'examen clinique psychiatrique de ce jour ne met pas en évidence de symptôme de maladie psychiatrique selon la CIM-10.

Sur le plan dépressif en particulier, l'assurée ne présente pas un abaissement de l'humeur ne variant guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, pouvant présenter des variations caractéristiques au cours du nyctémère, elle ne présente pas une diminution permanente de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, la réduction de l'énergie et la fatigue dont elle se plaint est attribuée à sa médication et à ses douleurs. L'examen n'a pas permis de constater une diminution de la concentration, de l'attention, de la mémoire, de l'estime de soi, de la confiance en soi. Des idées de dévalorisation ou de culpabilité sont absentes.

Par rapport à l'avenir, l'assurée espère trouver un petit travail, même si elle n'a aucune idée de ce qu'elle fera. Elle ne présente pas d'idées suicidaires. Son sommeil n'est perturbé que par les douleurs. Elle ne présente pas de diminution de l'appétit ni de perte du poids. L'examineur n'a pas observé d'agitation ou de ralentissement psychomoteur marqué. La sexualité de l'assurée n'est entravée que par les douleurs somatiques. Aucun symptôme de la lignée anxieuse et psychotique n'est détecté durant l'examen.

En conséquence, l'assurée ne présente aucune maladie psychiatrique incapacitante.

Limitations fonctionnelles

Limitations fonctionnelles ostéoarticulaires : travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position debout avec la position assise. Eviter le port de charges supérieures à 5 kg. Doit éviter le soulèvement de charges. Doit éviter les mouvements au-delà de l'horizontale. Doit éviter les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan ostéoarticulaire, arrêt de travail à 50% à partir du 01.01.2012. Arrêt de travail à 100% à partir du 14.02.2012.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan ostéoarticulaire, reprise de travail à 50% le 20.02.2012, arrêt de travail à partir du 01.04.2012. Reprise de travail à 50% théorique à partir du 01.02.2013.

L'assurée est considérée non apte à travailler en tant que vendeuse à partir du 01.04.2012 et apte à travailler dans un travail adapté à 75% à partir du 01.02.2013.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 75%. »

Dans un rapport du 12 décembre 2013, le Dr X._____, du SMR, a repris les conclusions du rapport d'examen SMR et a considéré que l'assurée pouvait travailler à 75 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2013.

Une enquête économique de l'activité ménagère a été effectuée le 18 juin 2014. Elle a déterminé un statut de 80 % active et 20 % ménagère et une invalidité de 29.5 % dans cette dernière activité.

L'assurée a subi une nouvelle intervention au A. _____ (Service de neurochirurgie) le 30 janvier 2015. Cette intervention a consisté en une cure de hernie discale L5/S1 droit par abord inter-lamaire L5/S1 avec hémilaminectomie S1 droite. On peut lire ceci dans le rapport adressé par le A. _____ au médecin traitant le 11 février 2015 :

« Il s'agit d'une patiente de 46 ans, déjà connue dans notre service pour une chirurgie de hernie cervicale en 2012, qui revient pour des lombosciatalgies S1 droites, non déficitaires, présentes depuis juillet 2014, à type de décharge électrique irradiant dans le territoire S1 droit, partiellement soulagées par un traitement conservateur bien conduit, avec des médicaments et des infiltrations périurales. Elle décrit en plus depuis quelques semaines, une gêne urinaire à type de poids vésical, associée à une sensation de miction incomplète. Au bilan complémentaire par IRM de la colonne lombo-sacrée, on retrouve une volumineuse hernie discale rompue en L5/S1, latéralisée à droite, en conflit avec la racine S1 droite. Nous avons donc décidé d'une intervention élective. »

Dans un rapport du 18 mai 2015, le Dr W. _____, chef de clinique au Service de neurochirurgie du A. _____, a indiqué que les douleurs étaient améliorées mais incomplètement. Il joignait un rapport qu'il avait rédigé le 1^{er} mai 2015 dans lequel on peut lire que, si les suites post-opératoires ont été marquées par une diminution progressive des douleurs, celles-ci ont progressivement augmenté quelques jours plus tard pour être identiques au pré-opératoire.

Le 1^{er} décembre 2015, le Dr N. _____ a écrit à l'OAI notamment ce qui suit :

« Dans mon précédent rapport, en réponse à votre courrier du 2.11.15, je vous fais part de l'établissement de certificats d'arrêts de travail à 100% (à l'attention de l'ORP) du 16.09.13 au 14.11.13. dans un contexte d'épisode dépressif, traités par venlafaxine, qui a dû être poursuivi depuis lors.

Par la suite, je n'ai pas eu à établir de certificats d'arrêts de travail, la patiente n'ayant plus droit aux allocations perte de gain maladie ou du chômage. Cependant, la capacité de travail reste à mon avis nulle dans le cadre des cervico-brachialgies gauches chroniques

dont elle souffre depuis 2010 avec status post-opération d'une hernie discale auxquelles s'ajoutent des lombalgies chroniques compliquée d'une lombosciatique S1 droite avec radiculopathie sensitive sur hernie discale L5-S1 développée entre août et septembre 2014, puis opérée au mois de janvier 2015, avec persistance d'une symptomatologie douloureuse invalidante. Les douleurs cervico-brachiales et à type de lombosciatique résistent en grande partie aux différents traitements médicamenteux (paracétamol, AINS, opiacés) avec actuellement une réponse partielle au traitement combiné de Lyrica et de Lodine retard. Réponse également médiocre aux thérapies fonctionnelles (physiothérapie) qui ont tendance à exacerber les douleurs. La patiente est donc fortement limitée dans ses activités au quotidien et la plupart des activités du ménage sont effectuées par le mari. Il n'est pas exclu qu'un trouble somatoforme douloureux persistant se développe en sus. »

Le 15 décembre 2015, le Dr L. _____ a adressé le rapport suivant à l'OAI :

« 1/ Quel est le diagnostic précis avec une répercussion sur la capacité de travail ?

- Lombalgie résiduelle dans le contexte d'un status post-discectomie L5-S1 droite par abord inter-mammaire L5-S1 et hémilaminectomie S1 droite le 30.01.2015 pour traiter une lombosciatalgie droite due à une hernie discale L5-S1 paramédiane droite luxée vers le bas dans le récessus latéral.

- Cervicalgie résiduelle dans le contexte d'un status post-discectomie C5-C6 par abord antérieur et spondylodèse de stabilisation par cage le 6.09.2012.

2/ Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

L'évolution de l'état de santé de la patiente est défavorable avec persistance des symptômes algiques rachidiens de la nuque et du dos ; les lombalgies sont les plus marquées de localisation médiane et paramédiane droite avec irradiation dans la fesse et la jambe droite. De surcroît, la musculature para-lombosacrée gauche est sensible voire douloureuse.

Une médication combinée antalgique, anti-inflammatoire et de Prégabaline doit être maintenue.

3/ Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

La capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse est nulle et ce depuis le troisième trimestre 2013.

4/ Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

La capacité de travail dans une activité légère adaptée est minime n'excédant pas 20 à 25% et ce depuis le dernier trimestre 2013.

5/ Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médicale ?

Limitation positionnelle tant pour la colonne cervicale que pour le rachis lombaire ; impossibilité de se positionner en porte-à-faux statique du tronc ; impossibilité d'effectuer des mouvements répétés de la colonne cervicale et du rachis dorsolombaire. Restriction des positions prolongées en flexion/extension ou en inclinaison latérale

de la nuque et du dos. Impossibilité d'effectuer des flexions répétées du rachis. Limitation du port de charge à des poids légers de moins de 5 kg ; non répétitif.

Limitation globale de la capacité de physique y compris pour la marche avec un temps de parcours maximal de moins de 15 minutes.

6/ Quels sont les dates et taux précis des arrêts de travail ?

Incapacité de travail de 100% à partir du 02.05.2013.

7/ Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Médication antalgique de paracétamol et Tramadol ; anti-inflammatoire non-stéroïdien. Médication de Prégabaline. Benzodiasépine : Temesta 1.5 mg en réserve. Antidépresseur de Venlafaxine.

Séance de physiothérapie de rééquilibration et de tonification proprioceptive cervicale, lombo-abdominale et des membres inférieurs,

La compliance au traitement est à priori bonne et ce malgré le fait que les traitements de physiothérapie actifs aient été associés à une recrudescence des douleurs lombaires basses. »

L'OAI a mis en oeuvre une expertise auprès des Drs S._____, psychiatre FMH, et D._____, rhumatologue FMH (rapports respectivement des 27 juin 2016 et 4 juillet 2016). L'expert psychiatre conclut à une pleine capacité de travail. Quant à l'expertise rhumatologue, il en ressort notamment ce qui suit :

« III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome lombovertébral et cervicobrachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - discopathie et arthrose facettaire postérieure L5-S1 modeste
 - status post discectomie L5-S1 pour hernie discale L5-S1 le 30.01.2015
 - status post discectomie C6-C6 mise en place d'une cage le 06.09.2012

2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme
 - diminution du seuil de tolérance à la douleur.
- Omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie
- Status post infections urinaires multiples.

3. Interactions des diagnostics (analyse entre les différents diagnostics avant des incidences sur la capacité fonctionnelle de l'assurée dans tous les domaines et appréciation de ces diagnostics lors de l'évaluation finale des experts)

Du point de vue rhumatologique, le bilan radiologique est rassurant. Il n'y a pas de troubles dégénératifs au niveau cervical, le status post opératoire est conservé, il n'y a pas d'amyotrophie. Au niveau lombaire, on note une discopathie L5-S1, avec minime arthrose facettaire postérieure, compatible avec l'évolution due à son âge et d'un status post cure d'hernie discale en 2015.

Il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, la patiente se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de rester assise

sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Elle est capable de monter et de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse. Diminution du seuil de déclenchement à la douleur, qui s'est cristallisé et a envahi progressivement le vécu quotidien de l'assurée.

Dès lors, du point de vue rhumatologique, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

Seules les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu et qui, à mon avis, sont imputables à une diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec douleurs polyinsertionnelles qui se sont cristallisées.

Cette appréciation s'apparente à celle du Dr L. _____, et du Dr K. _____, qui décrivent les mêmes diagnostics, cependant ceux-ci ne font pas mention d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, telle que mise en évidence lors de l'expertise. Celle-ci peut expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle que l'assurée décrit dans son vécu quotidien.

IV : TRAITEMENT ET READAPTATION

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

La thérapie suivie jusqu'à présent est conduite dans les règles de l'art.

Une approche physiothérapeutique concernant le rachis cervical et lombaire devrait être reprise, à sec voire éventuellement en piscine avec applications de jet massages, ceci dans le but d'une part d'augmenter le seuil de déclenchement à la douleur et d'éviter le déconditionnement musculaire.

L'utilisation d'une ceinture lombaire lors des ports de charges en porte-à-faux est également de mise.

La poursuite d'une médication d'AINS et d'antalgiques mineurs voire par l'adjonction d'une médication majeure pourrait être proposée, de plus, une médication de type tricyclique pourrait permettre de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur.

2. Indications détaillées relatives à la coopération de la personne assurée au cours des thérapies effectuées

La coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées est bonne tant anamnestiquement qu'en regard des rapports médicaux des médecins qui la traitent.

3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de la personne assurée

Cf. point 1.

4. Indications détaillées relatives à la coopération de la personne assurée si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès

La coopération de l'assurée est cependant bonne, elle est volontaire à continuer le même traitement.

5. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de la personne assurée ?

Il n'y a pas de problème de réadaptation à mettre en évidence.

6. Dans quelle mesure ?

Sans objet.

7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Il n'y a pas de contre-indication à lui proposer des mesures de réadaptation

En effet, une intelligence normale, la capacité à maîtriser le français et l'italien, à s'être adaptée à plusieurs postes de travail, constituent des facteurs de bon pronostic.

La diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec douleurs polyinsertionnelles de type fibromyalgique et l'incapacité à se projeter dans le futur pour une quelconque activité lucrative ainsi que son âge constituent des facteurs de mauvais pronostics.

V. COHERENCE

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de la personne assurée

On note une importante divergence entre les symptômes décrits, l'examen clinique et les examens paracliniques et le comportement de la personne tant lors de l'examen que dans ses activités professionnelles et ménagères anamnestiques.

2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales).

Les répercussions sont médico-théoriquement estimées au niveau :

- professionnel à 20%,
- ménagères à 30%,
- des loisirs à 0%
- des activités sociales à 0%.

3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé

Ils sont diminués de manière fluctuante et ce, en fonction de l'état douloureux du moment.

4. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques

Il n'y a pas de critique à formuler sur la prise en charge thérapeutique.

Par ailleurs, une prise en charge physiothérapeutique et une amplification de la médication antalgique et l'adjonction d'une médication tricyclique pourraient être proposées.

5. Analyse permettant de savoir si la personne assurée présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie

L'assurée ne présente pas d'inaptitude à suivre une thérapie en raison de sa maladie.

VI. CAPACITE DE TRAVAIL

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

1.1 Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure de vendeuse dans un magasin de vêtements est estimée, au vu des troubles dégénératifs sous-jacents lombaires, à 80%.

Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le Dr S. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 80%.

En effet, en l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique provoquées par une atteinte à la santé sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail, cet assurée a toujours été capable du point de vue psychiatrique de travailler à 100% (cf expertise du Dr S. _____).

1.2. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, à 80%.

1.3. Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non, il n'y a pas de diminution de rendement à faire valoir.

1.4. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

On assiste à une diminution de sa capacité de travail depuis 2012, cependant, elle a bénéficié d'une opération chirurgicale en région cervicale en septembre 2012. Cependant, une reprise d'une activité professionnelle en janvier 2013, soit trois mois après l'opération aurait raisonnablement pu être exigée. Une diminution de sa capacité de travail en janvier 2015 a raisonnablement pu être justifiée en raison d'une cure d'hernie discale. En mai 2015, soit trois mois après l'opération, une reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée.

Cependant, l'assurée a bénéficié de l'octroi d'une part de perte de gain puis de l'aide sociale qui l'ont encouragée à déposer une demande de prestations AI.

1.5. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'assurée n'a pas repris d'activité depuis 2012, vu qu'elle a bénéficié de l'octroi de perte de gain puis de prestations de l'aide sociale.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée ?

2.1 Une capacité de travail est-elle possible ? Si oui, depuis quand ?

Une capacité de travail tant du point de vue rhumatologique psychiatrique est possible et ce, dès ce jour.

2.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (heures par jour)

Du point de vue rhumatologique dans une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux, et le port de charge de plus de 5kg, sa capacité de travail pourrait être à notre avis totale.

Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le Dr S. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 100%. En effet, en l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique provoquées par une atteinte à la santé sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail, cette assurée a toujours été capable du point de vue psychiatrique de travailler à 100%.

2.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Dans une activité professionnelle adaptée tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement.

2.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Une autre activité est possible, tel que décrit au point 2.1. »

Dans un avis SMR du 8 août 2016, le Dr Q._____ a indiqué qu'il y avait lieu de suivre les conclusions de l'expertise.

Par projet du 24 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer un quart de rente à compter du 1^{er} mars 2012 puis, dès le 1^{er} juillet 2012, une rente entière, le droit à la rente étant supprimé à compter du 30 avril 2013, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Le 15 décembre 2016, l'assurée a contesté ce projet de décision.

Après avoir admis deux prolongations de délai, le 30 mars 2017 l'OAI a refusé d'accorder une troisième prolongation de délai de quatre mois sollicitée par l'assurée le 9 mars précédent au motif qu'elle voulait produire une expertise privée qui ne pourrait être exécutée avant fin juin ou début juillet. Il a également relevé que l'instruction était complète et que l'expertise bidisciplinaire avait pleine valeur probante.

Le 30 mars 2017, l'OAI a transmis à la Caisse de compensation [...] à [...] la lettre de motivation en vue de la notification de la décision, dont il ressort notamment ce qui suit :

« [...]

Dès le 1^{er} février 2013, votre état de santé s'est considérablement amélioré et, dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de plus de 5-10kg, pas de mouvements répétitifs de flexion extension de la colonne cervicale, votre capacité de travail est de 75% d'un taux d'activité de 100%.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'225.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête

suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 à 2013 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'404.56 (CHF 4'225.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'854.75.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1% + 0.80% + 0.70% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54'187.04 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble de circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75% d'un taux d'activité contractuel de 100%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 40'640.28 par année.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 40'640.28.

Sans vos problèmes de santé, dans votre activité habituelle de vendeuse, vous pourriez prétendre réaliser, en 2013, un revenu annuel de CHF 36'948.00.

Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu d'invalidé auquel vous pouvez raisonnablement prétendre, est au moins aussi élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé pour la part active.

Le préjudice économique et par conséquent le degré d'invalidité résultant des deux domaines est de 5.90%, arrondi à 6%, conformément au calcul ci-dessous.

[...].

Un préjudice économique inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à une rente.

Au vu de ce qui précède, la rente entière sera supprimée au 30 avril 2013 soit après trois d'amélioration de votre état de santé, conformément à l'article 88a, al.1 du règlement sur l'assurance invalidité (RAI).

Un nouvel arrêt travail doit être pris en compte depuis janvier 2015 en relation avec l'intervention chirurgicale que vous avez subi le 30 janvier 2015 (hernie discale), cette dernière est transitoire et peut être prise en considération jusqu'au 1^{er} mai 2015 soit trois mois après ladite intervention.

Cette incapacité de travail transitoire étant inférieur à une année, elle n'ouvre pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 lettre b LAI).

[...]. »

Par décision du 21 août 2017, l'OAI a confirmé le projet de décision contesté.

B. Par acte du 20 septembre 2017 de son conseil, Me Philippe Graf, avocat à Lausanne, V._____ a recouru contre la décision du 21 août 2017, en concluant principalement à l'annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il détermine le début et le montant de la rente en tenant compte de l'expertise judiciaire dont elle demande la mise en œuvre. Subsidiairement, elle demande le renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Dans un premier grief, elle fait valoir que l'OAI a violé son droit d'être entendue en rendant sa décision sans attendre l'expertise privée qu'elle entendait produire dans le cadre de la procédure de contestation. Sur le fond, elle nie toute valeur probante à l'expertise rhumatologique du Dr D._____, faisant valoir qu'elle comporte des incohérences, l'expert ayant retenu comme diagnostic un « probable syndrome fibromyalgiforme » pour relativiser ses douleurs, sans expliquer sur quels critères il se basait. Elle relève que le SMR avait expressément écarté l'existence d'une fibromyalgie dans son avis du 25 novembre 2013 et que l'expert psychiatre n'a lui non plus pas retenu un tel diagnostic. Elle considère que cette incohérence aurait dû faire l'objet d'un examen par le SMR afin de confronter les conclusions respectives des deux experts dans le cadre d'une appréciation globale de la situation. La recourante conteste également l'appréciation de l'expert rhumatologue quant à l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle trois mois après l'intervention chirurgicale qu'elle a subie, appréciation contredite selon elle notamment par les Drs W._____ (rapport du 1^{er} mai 2015) Q._____ (avis du 1^{er} septembre 2015) et L._____ (rapport du 15 décembre 2015). Enfin, la recourante relève qu'en retenant dans la décision attaquée qu'elle disposait d'une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle de vendeuse et de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (conformément aux conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire effectué au SMR le 25 novembre 2013) l'OAI montre qu'il est lui-même, au moins partiellement en désaccord avec l'expert D._____.

Par réponse du 27 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant notamment que l'instruction médicale du dossier

était complète lorsqu'il avait rendu la décision litigieuse et qu'il s'était fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) du 4 juillet 2016 qu'il juge comme ayant pleine valeur probante. Cela étant, l'OAI estime qu'il était fondé à considérer qu'une nouvelle expertise n'était pas susceptible de modifier les conclusions du rapport d'expertise précité.

Par réplique du 12 février 2018, se fondant sur le rapport d'expertise privée du 1^{er} février 2018 du Dr B._____, rhumatologue FMH, sur mandat du conseil de la recourante, cette dernière a modifié ses conclusions. Elle conclut principalement à la réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2012, le dossier étant renvoyé pour le surplus à l'intimé pour détermination de ladite rente et indication des éventuelles mesures thérapeutiques exigibles. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il détermine le début, le taux et le montant de la rente d'invalidité en tenant compte des conclusions de l'expertise judiciaire dont elle requiert la mise en œuvre. Plus subsidiairement, elle conclut à l'annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

Avec sa réplique du 12 février 2018, la recourante a produit le rapport d'expertise du 1^{er} février 2018 du Dr B._____, qui a notamment la teneur suivante (sic) :

« 5. DIAGNOSTICS

Influençant la capacité de travail :

1. Cervico-lombalgies chroniques persistantes multifactorielles : M47.2

- a) troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse
- b) radiculopathie S1 droite chronique
- c) status après cure de hernie discale C5/C6 avec mise en place d'une cage Prevail le 6 septembre 2012 pour radiculopathie irritative C6 D
- d) status après cure de hernie discale L5/S1 droite, avec hémilaminectomie S1 droite le 30 janvier 2015
- e) syndrome de Maigne droit,
- f) insuffisance fonctionnelle douloureuse du moyen fessier droit (périarthrite de hanche droite)

2. Syndrome de déconditionnement global : M99

- a) Déconditionnement physique global et focal avec kinésiophobie importante
- b) État anxio-dépressif chronique

3. Syndrome de sensibilisation centrale et périphérique G96

Sans influence sur la capacité de travail :

- 1. Tachycardie nodale paroxystique anamnestique
- 2. Psoriasis anamnestique du cuir chevelu
- 3. Carence martiale anamnestique
- 4. Allergie anamnestique à la pénicilline

[...]

Questionnaire de la Cour des assurances sociales :

[...]

5. Appréciation diagnostique

5.1 Diagnostic(s) et code(s) selon un système de classification reconnu

Voir 6. DIAGNOSTICS

5.2 Argumentation du (des) diagnostic(s) retenu(s)

Ad 1 : les cervico-lombalgies et leur caractère mécanique sont bien documentées par l'anamnèse et l'examen clinique

a) le caractère morphologique de troubles statiques et dégénératifs ressort de l'examen clinique et des documents radiologiques, de même que les compressions discales sur hernie ou sur arthrose.

b) L'aspect chronique de la radiculopathie S1 dépend de l'anamnèse, la radiculopathie découle de l'anamnèse, du questionnaire DN4 et de l'examen clinique actuel, précédé par les données neurochirurgicales de l'époque de l'opération.

c) Cf. étude des documents

d) Cf. étude des documents

e) le syndrome de Maigne découle de la description clinique, à savoir l'irritation d'un nerf cutané (nerf ilio-hypogastrique) par le voisinage du rameau nerveux postérieur innervant les structures articulaires D12-L1, lui-même irrité, créant ainsi une projection douloureuse homolatérale dans le flanc et/ou la fesse et/ou les organes génitaux et/ou le membre inférieur, parfois en ceinture, en fonction de l'individu concerné. Il signe l'aspect dysfonctionnel de la zone vertébrale de transition dorso-lombaire, traduction du déséquilibre spino-pelvien constaté au status. Cette transition D12-L1 correspond à l'inversion physiologique de la courbure naturelle dans le plan sagittal du rachis, entre la zone dorsale et la zone lombaire. Elle est donc par nature une zone mécaniquement critique, susceptible de surcharge éventuelle.

f) L'anomalie est décrite dans le status clinique, tant par l'examen de la marche que par le test de Trendelenburg.

Ad 2 : syndrome de déconditionnement global

1. Déconditionnement physique : l'importance de l'inactivité était déjà largement démontrée à la fin du deuxième millénaire, puisqu'en 1985 Mayer et collaborateurs montraient qu'après une période d'inactivité de 4 à 6 mois, on constate une perte de mobilité rachidienne et de performances musculaires (surtout sur les extenseurs du rachis) ; il s'y associe une diminution de l'endurance cardio-vasculaire, de la force musculaire brute, de la masse musculaire, infiltrées par des adipocytes et de l'endurance musculaire globale.

2. Kinésiophobie : elle est définie comme la crainte de provoquer une douleur ou la douleur habituelle par un mouvement donné, voir par le mouvement tout court, quel qu'il soit ; cette crainte est caractéristiques de beaucoup de lombalgies chroniques et doit être

systématiquement recherchée chez tous ces malades, afin de cibler la thérapie.

3. État anxio-dépressif chronique : il se développe progressivement devant le sentiment d'impuissance qu'éprouve l'individu affecté d'une lombalgie chronique, en fonction de différents facteurs émanant du domaine bio-psychosocial, selon le concept global de la lombalgie émanant de la CIF (Classification Internationale des Fonctions)

Ad 3 : Syndrome de sensibilisation centrale et périphérique

Il s'agit des phénomènes de neuroplasticité, c'est-à-dire de modification réversible du système nerveux central et périphérique sous l'action de différents influx, dans le sens d'une augmentation de la sensibilité à des influx normaux, aussi bien sur les nerfs périphériques que dans le cerveau, de même que des modifications inhibitrices des systèmes de régulation de la douleur, s'agissant finalement d'un véritable apprentissage de la douleur, induit par la persistance des différents stimulus mécaniques, psychologiques et socio-environnementaux, capables d'influencer la gestion de la douleur par le cerveau. Les travaux les plus récents montrent qu'un traitement bien conduit, adéquat, suffisamment long, permet d'inverser ces modifications pathologiques et de rendre au cerveau sa morphologie et son fonctionnement normal.

5.3 Diagnostic(s) différentiel(s) pour le (les) diagnostic(s) retenu(s)

Tous ces éléments ont été largement exclus par l'anamnèse, l'évolution et les examens antérieurs, je les cite pour répondre à la question

Cervicalgies :

- céphalées tensionnelles de stress et/ou myogènes,
- dégénératives
- migraineuses

Lombalgies :

- atteintes inflammatoires ou infectieuses des structures vertébrales,
- anévrisme aortique
- pathologies rénales ou uro-génitale

Douleurs de la jambe (sciatalgie) :

- surcharge de la musculature fessière ou ischiatique
- compression du tronc sciatique dans un segment extra vertébral (contracture du muscle pyramidal par exemple)

5.4 Discussion des éventuels autres diagnostics résultant des pièces du dossier, s'il y a lieu

Néant.

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

Il est totalement cohérent, comme j'ai eu l'occasion de le préciser plus haut dans la description du processus amenant à la situation actuelle. Cette cohérence est documentée par l'anamnèse, le status clinique, l'évolution et complétée par les questionnaires psychométriques et la concordance avec les avis des médecins traitants, qui, contrairement aux médecins-conseils, n'ont pas une vision limitée par les conditions de leur examen, dans le champ étroit d'une salle de consultation et la durée forcément brève d'un examen instantané. À l'inverse, les médecins traitants ont une vision aussi bien horizontale que verticale, c'est-à-dire un survol large des pathologies possibles et leur évolution dans le temps, permettant un

avis documenté, circonstancié et fiable, n'en déplaie aux jurisprudences affirmant le contraire.

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

Oui, cf. 6. 1

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assuré(e), entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de l'assurée(e) ?

Non. S'il peut sembler y en avoir, il faut se souvenir que la douleur et ses manifestations sont par définition fluctuante et multifactorielle, ce qui explique donc des discordances occasionnelles, mais qui n'en sont pas lorsqu'on se place dans le long terme.

6.4 Est-ce que l'intéressé(e) s'est engagé(e) ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-il (elle) que peu ou pas de demande de soins ?

Actuellement, devant l'inefficacité des traitements, la motivation à s'engager dans toute nouvelle approche est à susciter et créer. Une forte demande de soins existe, mais elle s'est épuisée devant son peu d'efficacité: en fait, la réponse médicale n'a pas été à la hauteur du défi posé par la maladie. Pour cette raison, seule une approche complexe, soutenante, au très long cours, pourrait rendre à cette patiente une motivation à s'investir dans un traitement qui sera forcément long et pénible.

7. Personnalité

7.1 Est-ce que l'assurée(e) présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel, quel code ?

Cette réponse exige un examen psychiatrique spécialisé

7.2 Est-ce que l'assurée(e) présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

Cette réponse exige un examen psychiatrique spécialisé

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne en cause ?

Cette réponse exige un examen psychiatrique spécialisé

7.4 L'assurée(e) se montre-t-il (elle) authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

Cette assurée est authentique, collaborante et cohérente, il n'y a aucun signe d'exagération et encore moins de simulation. À ce propos, la recherche des signes de Waddell ne s'applique pas à cette question, ces signes ne visant qu'à mettre en évidence une détresse psychologique. Les signes de Waddell sont trop souvent utilisés à tort dans les expertises pour affirmer une prétendue non-collaboration volontaire, voir une simulation : c'est une faute professionnelle.

1. Ressources

Quelles sont les ressources résiduelles de l'assurée sur les plans

a) physique

(cf. questionnaires psychométriques) Très restreintes, approximativement de l'ordre d'un travail sédentaire, sans stress, sans charge physique, avec possibilité de varier les postures, par exemple réceptionniste; toutefois, actuellement son taux réalisable même dans cette activité est en dessous des exigences d'une

activité dans une économie de marché. Par contre ces défaillances sont susceptibles de s'améliorer au fil d'un traitement adéquat, c'est-à-dire complexe et de longue durée.

b) psychique

Également restreintes, dans un contexte d'état anxio-dépressif démontré par les différents questionnaires mais qui justifie, compte tenu du contexte d'expertise, un bilan diagnostic et thérapeutique spécialisé. Pour l'instant, il est illusoire d'attendre une réponse physique rapide au traitement complexe et de longue durée préconisé plus loin, la situation psychique nécessitant impérativement une amélioration préalable, pour permettre d'aborder un traitement initialement algogène, souvent désespérant par la lenteur des résultats et justifiant l'engagement d'une équipe pluri- et interdisciplinaire.

c) mental

Ses ressources sont intactes, par contre elles sont brouillées par son état psychologique, qui est donc actuellement le premier critère à prendre en charge

c) social ?

Comme le montre le questionnaire INTERMED, en termes de complexité sa situation sociale est satisfaisante, en dehors d'un certain niveau de retrait social du à son atteinte à la santé.

(Pour répondre à ces questions, les experts peuvent se référer à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et, pour les troubles psychiques, à la mini-CIF-APP dans la mesure où le médecin psychiatre l'aurait à disposition)

B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances

1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus

1.1 Diagnostic(s) ayant une répercussion sur la capacité de travail

Tous les diagnostics mentionnés sous chiffre 1 à 3 dans la rubrique diagnostics

1.2 Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail

Aucun pertinent au problème actuel

1.3 Interactions des diagnostics : analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale du ou des expert(s).

Cette interaction est décrite, sous la rubrique « De la lombalgie banale à la sensibilisation centrale » dans le résumé du cas.

2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées

2.1 Au plan physique

Elles sont, par définition, variables, puisqu'elles dépendent, principalement, du niveau douloureux pour leur survenue. En ce qui concerne les aspects purement physiques, seule une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) basées sur une approche kinésiopsychique permettrait de préciser le niveau. Ce type d'évaluation fonctionnelle tient compte de la douleur dans les limitations montrées par le patient lors des épreuves spécifiques, il doit être répété régulièrement au cours du processus thérapeutique, afin de l'orienter vers une efficacité optimale. Ceci implique donc une surveillance tout au long du processus, soit parfois pendant des mois, voire des années, afin de lutter contre l'épuisement et la démotivation induite par la lenteur du processus et l'aspect peu spectaculaire des progrès, souvent constaté par le thérapeute mais non par le patient, vu leur aspect très progressif.

2.2 Au plan psychique et mental

Questions à poser dans le cadre d'une évaluation psychiatrique psychiatrique dirigée

2.3 Au plan social

Les limitations sont faibles, elles consistent surtout en retrait social et diminution de la capacité à effectuer des activités de mère de famille, activités reprises par l'entourage proche.

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici

3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Elles la rendent totalement impossible, pour une longue durée, sinon définitivement (cf. ci-dessous)

3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles).

Actuellement, cette capacité est nulle, pour une durée qui sera déterminée par la mise en route d'un traitement efficace et l'évolution dans le cadre de ce traitement ; cette durée sera longue, plusieurs mois, voire années.

3.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour), diminution de rendement incluse ?

Non, sous sa forme actuelle, c'est une incapacité définitive au sens juridique. En outre, point important, l'activité antérieure n'est plus adaptée aux normes pour le sexe et l'âge de votre assurée, en termes de charge aussi bien physique que psychologique. Une éventuelle adaptation du poste de travail parallèlement à une amélioration de la situation médicale permettrait peut-être de revoir cet avis.

3.3 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, diminution de rendement comprise ?

Depuis le 31 mars 2012

3.5 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté inchangé.

4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée(e) ?

En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assurée(e) engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, peut-il (elle) exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ?

Oui, dans le futur, en fonction des résultats du traitement préconisé. Il est cependant important de noter que le traitement préconisé concerne non seulement l'approche de médecine physique et rééducation (MPR), mais il implique également d'emblée l'évaluation des activités professionnelles potentielles, en fonction des bilans effectués dès le début. Une rééducation ou une réhabilitation fonctionnelle n'ont de raison d'être et de possibilités d'efficacité qu'en collaboration avec un futur employeur, dans le cadre d'un programme prédéterminé, impliquant des contrôles réguliers et un ajustement tout aussi régulier de l'approche globale, à travers des rencontres régulières de toute l'équipe multi- et interdisciplinaire, à savoir médicale, paramédicale, professionnelle et asséurologique.

4.1 Si oui, à quels critères médicaux le poste de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Actuellement, et en l'absence d'un traitement adéquat, seule une activité occupationnelle dans un atelier protégé peut être envisagée.

4.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour, pourcentage), diminution de rendement comprise ? Depuis quand ?

4.3 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assurée(e) dans une activité adaptée ?

Question non pertinente dans ce contexte

4.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Cf. 3. 1 et 3. 2

4.5

5. Mesures thérapeutiques

5.1 Description des traitements mis en oeuvre, de leur déroulement et de leur résultat

Sur la base du dossier et de l'anamnèse, il s'est agi d'une rééducation individuelle, à sec et en piscine thérapeutique, par série, avec une approche essentiellement physique, couplée à des approches antalgique médicamenteuses, psychotropes et/ou instrumentale. En l'occurrence, la réponse à ce type de pathologie est celle d'un traitement en groupe, multi-et interdisciplinaire, complexe, au long cours avec réévaluation régulière de la situation.

5.2 Ces traitements étaient-ils adéquats au regard de la situation donnée ?

Non, compte tenu de la complexité du cas, ils se sont révélés insuffisants.

5.3 En cas d'échec de traitements adéquats, quelle(s) en serai(en)t la ou les cause(s) ?

Le traitement étant inadéquat, il ne pouvait obtenir de résultat satisfaisant.

5.4 Propositions thérapeutiques ? Sont-elles exigibles ?

Seule une prise en charge en groupe, multiple et interdisciplinaire, dans le cadre du concept de restauration fonctionnelle, faisant intervenir des mesures physiothérapeutiques, kinésithérapeutiques, ergothérapeutiques, d'enseignement, (préférentiellement selon une approche de type cognitivo-comportementale) et professionnelles (intégration dès que possible dans la nouvelle entreprise) serait susceptible d'améliorer les choses. Les buts du traitement sont globaux et visent en particulier

- l'amélioration
 - o de la force,
 - o de la mobilité
 - o de l'état psychique,
- la récupération
 - o de l'endurance focale et globale,
 - o des capacités proprioceptives
- la disparition de la kinésiophobie.

Tous ces éléments sont à mettre en route en parallèle, dans un contexte professionnel réel, si la patiente est encore éventuellement inscrite au rôle d'entreprise. Sinon, après une éventuelle phase de ré-entraînement selon le schéma des échelons de l'OFAS, il convient d'impliquer aussi vite que possible un éventuel employeur dans la démarche, afin de compléter celle-ci par des mesures de réhabilitation spécifiquement professionnelle.

L'ensemble de ces mesures doit se répartir sur le long terme. Différents travaux montrent que ce traitement doit se dérouler sur des mois, voire des années, sous la surveillance de thérapeutes compétents, capables de moduler le traitement en fonction des résultats, en collaboration continue. Ce traitement devrait être

amorcé par une prise en charge stationnaire en milieu spécialisé de réhabilitation psychosomatique, comme, par exemple, en Suisse romande, la [...] à [...].

6. Appréciation du déroulement des mesures de réadaptation professionnelle au regard des atteintes diagnostiquées

Les seules mesures de réadaptation professionnelle présentes au dossier avaient comme défaut principal de n'être tournées que vers un ré-entraînement au travail, sans tenir compte de l'impossibilité médicale de réaliser une telle tâche et sans avoir auparavant compensé les déficiences médicales fonctionnelles présentes. Les deux choses doivent être menées en parallèle, en collaboration étroite entre les instances thérapeutiques et les instances professionnelles.

7. Des mesures, notamment thérapeutiques ou de réadaptation professionnelle, sont-elles susceptibles d'améliorer la capacité de travail (ou le rendement) dans l'activité exercée jusqu'à présent ou dans l'activité adaptée, cas échéant, lesquelles ? Si non, pour quelles raisons ?

Il est fort peu probable que, compte tenu de la situation, on puisse imaginer une reprise dans l'ancienne activité, telle qu'elle se présente selon le dossier. En ce qui concerne l'éventuelle activité adaptée, elle devra être déterminée après un début d'amélioration et un suivi évolutif de quelques semaines voire quelques mois, qui permettrait d'apprécier les progrès encore à accomplir et leur exigibilité. Les prises en charge multidisciplinaires intègrent des bilans réguliers d'évaluation fonctionnelle, qui permettraient dès le début de déterminer, puis d'affiner par la suite le profil de poste de travail imaginable

Sur le plan des mesures thérapeutiques purement médicales, il convient de se poser la question de l'utilité, en fonction de l'activité prévue dans la rééducation, de proposer à l'assurée

- un lombostat de stabilisation (orthèse de soutien lombaire)
- éventuellement une collerette cervicale en fonction des activités, par exemple, lors des déplacements en véhicule ou de nécessité de posture statique occasionnelle.

Au stade actuel, dans le cadre d'une observation d'expertise, cette proposition n'a pas valeur impérative mais doit être jugé à l'aune de la prise en charge de l'évolution.

C. Synthèse, pronostic et conclusions

cette patiente présente donc une pathologie complexe, à point de départ strictement physique, ayant évolué selon un mode chronique dans un contexte bio-psychosocial défavorable, ayant entraîné la chronicisation du problème mais non dépourvue de possibilités d'amélioration. Sur le plan du pronostic, il est à la limite du 70 % de mauvais pronostic, selon le questionnaire Intermed, ce qui laisse subsister 30% de chances d'inversion de la courbe. Toutefois, ces appréciations psychométriques sont susceptibles de changer en fonction de l'adéquation du traitement, même dans des situations qui semblent désespérées.

En tout état de cause, cette patiente n'a pas bénéficié d'un traitement adéquat, qui reste à mettre en oeuvre, selon les modalités définies ci-dessus.

A. Remarques éventuelles

aucun questionnaire ne pose la question de la responsabilité du poste de travail dans la survenue de la pathologie. Dans le cas particulier de cette assurée, cette responsabilité est engagée, dans

une mesure qui reste cependant difficile à définir dans le contexte de cette expertise. »

Ce rapport a été soumis au SMR, dont l'avis du 27 février 2018 a été produit avec la duplique de l'intimée le 5 mars 2018. Dans cet avis, le Dr Q._____ relève que le Dr B._____ n'apporte aucun élément médical qui n'ait pas été discuté par les différents médecins auparavant. Il remarque que deux évaluations psychiatriques ont eu lieu et que leurs conclusions sont superposables. Il expose en outre que « dans le contexte d'une problématique essentiellement rhumatologique les notions telles qu'elles sont évoquées de limitations fonctionnelles (quantitatives et qualitatives) variables, de ressources intactes et d'activité occupationnelle dans un atelier protégé nous paraissent incompréhensibles. »

L'avis du SMR a été soumis par la recourante au Dr B._____ qui s'est exprimé comme suit dans un complément du 28 juin 2018 (sic) :

« Par la présente, je me permets de répondre brièvement à l'avis médical émis le 27 février 2018 par le Dr Q._____, médecin du SMR, mais qui n'est pas spécialiste FMH, ainsi que de citer les références scientifiques qui sous-tendent mon rapport d'expertise du 1^{er} février 2018.

Lorsque le Dr Q._____ indique que « le rapport du Dr B._____ n'ajoute aucun élément médical qui n'ait été auparavant discuté par les différents médecins », il ne tient pas compte de nombreux éléments qui ont été ignorés lors de l'expertise du Dr D._____ et des examens du cas par le SMR, à savoir notamment :

- a. Sur le plan des pathologies dégénératives rachidiennes :
 - i. La micro-instabilité segmentaire lombaire basse (cliniquement certaine) ;
 - ii. La radiculopathie S1 droite chronique (objectivée dans différents rapports) ;
 - iii. Le syndrome de Maigne à droite [1, 2], objectivé dans mon status ;
 - iv. L'insuffisance fonctionnelle du moyen fessier à droite, objectivée dans mon status ;
 - v. L'important syndrome de déconditionnement [3] global avec kinésiophobie majeur et perte proprioceptive [4]. Dans son expertise, le Dr D._____ parle de déconditionnement musculaire, différent du syndrome de déconditionnement, qui, toutefois, l'englobe, également objectivé dans mon status.
- b. Sur le plan du déconditionnement, [5] :
 - i. Le déconditionnement physique global et focal [6], confirmé par mon examen ;
 - ii. La kinésiophobie importante [7-10], confirmé par les tests psychométriques, validés comme représentatifs de l'état de santé de la personne concernée ;

iii. L'état anxiodépressif chronique, également validé par les questionnaires psychométriques, justifiant donc un nouveau recours à un examen psychiatrique, si les circonstances de l'expertise le justifient sur le plan asséculo-logique

c. Le Syndrome de Sensibilisation Centrale et Périphérique (Central Sensitization Pain, CSP, pour les auteurs anglo-saxons) [11].

L'avis SMR du 27 février 2018, qui n'est pas suffisant sur le plan scientifique, ni documenté, ne saurait être suivi. Ses conclusions démontrent plutôt que son rédacteur n'est pas spécifiquement compétent pour se prononcer dans le cas qui nous occupe, parce qu'il semble avoir d'importantes lacunes, à tout le moins au niveau :

1. Des physiologie et physiopathologie de la colonne vertébrale ;
2. De la physiopathologie de la douleur et des modifications du système nerveux central sous l'influence de celle-ci à partir d'une certaine durée ou intensité (neuroplasticité) [12] ;
3. Des éléments marquants comme la kinésiophobie (laquelle est la première cible du traitement complexe permettant d'arriver à une amélioration, après un délai variable de traitement multidisciplinaire) [13, 14] ;
4. Des conséquences, à court terme, de la douleur sur le fonctionnement psychique de celui ou celle qui subit ce qui correspond à une réelle torture, avec apparition secondaire progressive d'un état dépressif réactionnel à l'anxiété chronique générée par l'échec des différents traitements.

Je confirme donc intégralement les conclusions de mon expertise, à savoir en somme que Madame V._____ présente une atteinte à la santé chronique, objectivement démontrée sur les plans tant somatique que psychique, et secondaire à l'absence du traitement adéquat que préconisaient les connaissances médicales sur le sujet déjà à l'époque de l'atteinte à la santé initiale. Depuis le 31 mars 2012 et jusqu'à ce jour, l'atteinte en question rend toute activité professionnelle impossible, dans n'importe quel domaine, ce qui ne préjuge en rien du résultat d'un traitement complexe multidisciplinaire lege artis qui reste à entreprendre, qui sera forcément long, puisqu'il n'a jamais débuté.

Restant à disposition pour toute discussion ultérieure éventuelle, [...]. »

Par déterminations du 16 août 2018, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours en réaffirmant que le rapport d'expertise médicale du 1^{er} février 2018 du Dr B._____ n'apportait aucun élément médical qui n'ait été auparavant discuté par les différents médecins.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, l'intéressée concluant à l'octroi d'une rente complète dès le 1^{er} juillet 2012, non limitée dans le temps, alors que la décision dont est recours a supprimé ladite rente à compter du 1^{er} mai 2013.

3. a) En premier lieu, la recourante fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en lui refusant la prolongation de délai qu'elle demandait pour pouvoir produire un rapport d'expertise médicale privée dans la procédure de contestation.

b) Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. A lui seul, l'art. 29 al. 2 Cst. ne confère pas le droit d'être entendu oralement, ni celui d'obtenir l'audition de témoins. La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des

preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

c) En l'occurrence, la recourante a bénéficié de deux prolongations de délai pour motiver sa contestation, sans les utiliser. L'intimé a refusé la troisième demande de prolongation du 9 mars 2017 qui était motivée par l'intention de la recourante de pouvoir produire un rapport d'expertise privée lequel ne serait pas établi avant la fin du mois de juin. L'OAI a relevé que la prolongation de délai requise, de près de quatre mois, était excessive, et, considérant que l'instruction était complète, a informé la recourante qu'il allait prochainement rendre une décision confirmant son projet de décision.

Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, on ne voit pas en quoi l'intimée aurait violé le droit d'être entendue de la recourante en refusant une prolongation de délai de quelques quatre mois pour produire une expertise privée, étant relevé au surplus qu'elle n'a produit le rapport d'expertise annoncé en mars 2017 qu'avec sa réplique, le 12 février 2018.

4. 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 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi

relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b/aa) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office

fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

b/bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

5. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être

raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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 leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. Les atteintes à la santé à prendre en considération dans l'examen du droit à une rente d'invalidité peuvent être d'ordre somatique ou de nature psychique (et autres affections psychosomatiques assimilées).

a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2), soit tous les syndromes sans pathogénèse claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281 consid. 6 et 10.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être

attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

7. a) En l'espèce, au terme des mesures d'instruction médicale, l'intimé a considéré que si la recourante a présenté des incapacités de travail invalidantes lui ouvrant d'abord le droit à un quart de rente d'invalidité puis à une rente complète, son état de santé s'est amélioré à partir du mois de février 2013, de sorte que dès cette date elle dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui justifie la suppression de toute rente d'invalidité trois mois après le début de l'amélioration, soit au 30 avril 2013. Pour sa part, la recourante fait valoir qu'elle est en incapacité totale de travail dans toute activité et qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2012, non limitée dans le temps. Elle se réfère

en cela à l'expertise privée du Dr B._____ qu'elle a produite en procédure.

b) Pour rappel, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en septembre 2011 pour des cervicalgies avec une cervicarthrose en C5-C6 et un tendon enflammé au bras gauche. Elle est suivie par un rhumatologue, le Dr L._____ et a fait l'objet d'une première expertise en mai 2012 confiée par l'assureur perte de gain au Dr K._____, également rhumatologue, qui a posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales, de discopathie C5-C6 et C6-C7 ainsi que de tendinopathie du sus-épineux gauche et conclu que la capacité de travail dans l'activité de vendeuse était de 50 % et que, dans une activité adaptée évitant les mobilisations cervicales et la position statique prolongée, les travaux de force et répétitifs impliquant les membres supérieurs, la capacité de travail était d'au moins 75 %. Par la suite, l'assurée a été opérée dans le Service de neurochirurgie du A._____ pour une discectomie C5/C6 mais des paresthésies ont subsisté. En février 2013, le Dr L._____ constatait la persistance des douleurs cervicales de caractère musculaire ; il relevait aussi l'accentuation des douleurs de la périhanche gauche. En avril 2013, il faisait état de l'apparition de lombalgies et de la chronicisation des douleurs. En octobre 2013, les Drs T._____ et H._____ ont examiné la recourante au SMR. Dans leur rapport du 25 novembre suivant, ils ont posé les diagnostics de cervicobrachialgies persistantes, de status après une cure de hernie discale C5-C6 par discectomie et mise en place d'une cage intersomatique, de possible périarthrite de la hanche gauche, de lombalgies chroniques et de probable conflit sous-acromial de l'épaule gauche, avec tendinopathie du sus-épineux. L'examen clinique est décrit comme rassurant et amène l'expert rhumatologue à s'interroger sur l'intensité des douleurs exprimées par l'assurée. L'expert psychiatre n'a pas constaté de trouble psychique selon la CIM-10 ; il a soigneusement expliqué pour quelles raisons il ne retenait pas d'état dépressif, en relevant notamment que la recourante présentait certes une tristesse, mais en relation directe avec les douleurs ressenties, et qui variait en fonction de l'intensité de celles-ci. Les experts ont conclu à une diminution

de la capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (travail sédentaire ou semi sédentaire, dans lequel l'assurée peut alterner les positions debout et assise, sans port de charges supérieures à 5 kg, pas de soulèvement de charges, ni de mouvements au-delà de l'horizontale, pas de travaux penchée en avant ou en porte-à-faux), mais uniquement en raison des douleurs présentées par l'assurée. En définitive, les experts T._____ et H._____ ont conclu à une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 1^{er} février 2013, date à laquelle la recourante s'est inscrite à l'assurance-chômage à 50 %.

L'assurée ayant subi une nouvelle intervention dans le service de neurochirurgie du A._____ en 2015 et vu la persistance des douleurs annoncées par ses médecins, l'OAI a ordonné une nouvelle expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) en 2016, qu'il a confiée aux Drs D._____ et S._____. L'expert psychiatre a conclu à l'absence de trouble psychiatrique invalidant. Quant à l'expert rhumatologue, il a posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de syndrome lombovertébral et cervicobrachial récurrent sans signe radicaire irritatif ou déficitaire (discopathie et arthrose facettaire postérieure L5-S1 modeste), de status post discectomie L5-S1 pour hernie discale L5-S1 le 30 janvier 2015 et de status post discectomie C6-C6 et mise en place d'une cage le 06 septembre 2012. L'expert rhumatologue a également posé les diagnostics suivants, sans influence sur la capacité de travail, à savoir un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (diminution du seuil de tolérance à la douleur), des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie ainsi qu'un status post infections urinaires multiples. Les experts ont examiné l'assurée et ont fondé leur appréciation aussi sur le bilan radiologique, qu'ils ont considéré comme rassurant. L'expert rhumatologue a relevé que les diagnostics posés rejoignaient ceux des Drs L._____ et K._____ mais que ceux-ci ne faisaient pas mention de la diminution du seuil de la douleur. Il a considéré que le traitement avait été conduit dans les règles de l'art et a estimé, d'entente avec l'expert psychiatre qui ne retenait aucune diminution de la capacité de travail d'un point de vue

psychiatrique vu l'absence de trouble, que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (avec diminution des mouvements en porte-à-faux, et le port de charge de plus de 5 kg), la capacité de travail exigible était de 100 % dès le 1^{er} janvier 2013, soit trois mois après la première intervention chirurgicale de l'assurée.

C'est ainsi qu'en cours d'échange d'écritures, le Dr B. _____ a réalisé une expertise privée. Son rapport est daté du 1^{er} février 2018.

A titre préliminaire, on observe que lorsque le Dr B. _____ écrit « questionnaire de la Cour des assurances sociales », cela ne signifie pas que c'est la Cour de céans qui l'a mandaté pour l'expertise : il s'agit bien d'une expertise privée, réalisée sur mandat de la recourante, respectivement de son conseil.

D'emblée, il faut relever que le rapport d'expertise du Dr B. _____ contient des appréciations qui ne sont pas du ressort d'un expert médical. Tel est le cas lorsqu'il examine le critère de la cohérence. Il expose que la cohérence est documentée notamment par la concordance des médecins traitants qui, contrairement aux médecins-conseils, n'ont pas une vision limitée par les conditions de leur examen alors que les médecins traitants ont un survol large des pathologies possibles et de leur évolution dans le temps permettant un avis documenté, circonstancié et fiable « n'en déplaie aux jurisprudences affirmant le contraire ». Ce commentaire n'est pas de la compétence d'un expert. La jurisprudence du Tribunal fédéral doit être appliquée que l'on soit d'accord avec elle ou non. D'ailleurs, les examens pratiqués par les médecins-conseils le sont dans les mêmes conditions que ceux effectués par un expert. Dès lors, il n'est pas très cohérent pour un expert d'estimer que l'avis des médecins traitants doit primer et, dans le cas présent, d'expliquer que la recourante n'a pas bénéficié d'un traitement adéquat par les médecins traitants, dont un rhumatologue comme lui, et d'insister en disant que la réponse médicale n'a pas été à la hauteur. De même, l'expert se prononce sur le statut de l'assurée (l'enquête économique sur le ménage retient un statut d'active à 80 % et ménagère à 20 %) en disant

que cette répartition est une erreur. Ce n'est évidemment pas à un expert médical de se prononcer sur cette question. A cela s'ajoute que la recourante - qui certes a déclaré à l'enquêtrice qu'elle aurait souhaité travailler un jour à 100 % si un poste s'était libéré - travaillait depuis 2005 au taux de 80 %. Il est douteux qu'en 6 ans, elle n'ait pas eu la possibilité d'augmenter son taux d'activité si elle l'avait réellement voulu.

Par ailleurs, lorsque le Dr B. _____ fait état d'une « incapacité définitive au sens juridique », on ignore ce qu'il entend par là.

Le Dr B. _____ expose encore qu'il estime peu important le bilan radiologique aussi bien dans l'évaluation des capacités fonctionnelles que de la réalité de la douleur compte tenu de la primauté de la douleur lombaire. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les examens radiologiques constituent un moyen pertinent pour établir objectivement une atteinte et résoudre la question de la concordance entre les lésions objectivées et les limitations fonctionnelles alléguées par la recourante (cf. par exemple TF 8C_816/2012 arrêt du 4 septembre 2013, consid. 6) .

Par ailleurs, pour justifier l'incapacité totale de travail de la recourante, le Dr B. _____ retient que celle-ci souffre d'un déconditionnement global, soit un déconditionnement physique, une kinésiophobie et un état anxio-dépressif chronique. Or, ni le déconditionnement ni la kinésiophobie sont considérés comme des maladies au sens de la LAI. Quant à l'état anxio-dépressif, il faut relever que deux expertises réalisées par des psychiatres FMH ont conclu à l'absence de trouble psychiatrique au sens de la CIM-10 et par conséquent à l'absence également de limitations fonctionnelles sur ce plan. A cela s'ajoute que le Dr B. _____, qui n'est pas psychiatre et se prononce par conséquent sur un sujet qui n'est pas de son domaine de compétence, fait référence au domaine bio-psycho-social alors que le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels (voir ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016). Enfin, quand il évoque un « syndrome

de sensibilisation centrale », le Dr B._____ n'explique pas en quoi il serait handicapant.

c) En définitive, la Cour de céans considère que l'expertise du Dr B._____ - de surcroît mandaté par la recourante -, n'a pas de valeur probante au sens de la jurisprudence. Il en va autrement de l'expertise des Drs T._____ et H._____ du SMR (rapport du 25 novembre 2013), sur laquelle s'est fondé l'intimé pour rendre la décision contestée. En effet, l'OAI s'est référé aux conclusions de ces experts, motivées et convaincantes, pour retenir que la recourante dispose, depuis le 1^{er} février 2013, d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'ils ont retenues. En l'absence de trouble psychiatrique, ces experts se sont dits interpellés par la divergence entre l'examen clinique, qu'ils ont qualifié de rassurant, et les plaintes intenses qu'a exprimées la recourante. A noter que les experts D._____ et S._____ (rapports des 27 juin et 4 juillet 2016) ont également relevé ce point. Si les diagnostics, les limitations fonctionnelles associées et la capacité de travail exigible divergent légèrement entre les deux rapports d'expertise, il n'en demeure pas moins que les appréciations des experts se superposent largement, notamment en ce qui concerne le point central, à savoir la divergence entre leurs constats (examens cliniques et radiologiques) et l'intensité des douleurs exprimées par la recourante. On relèvera en outre que l'intimé s'est finalement fondé sur l'expertise la plus favorable à la recourante en ce qui concerne la capacité de travail exigible, étant précisé que le domaine des activités légères retenues par l'intimé pour déterminer le revenu avec invalidité tient compte des limitations fonctionnelles plus importantes retenues par les experts du SMR. La décision ne prête par conséquent pas le flanc à la critique sur ce point. Pour le surplus, on observe que les diagnostics retenus par les experts T._____ et H._____ ont été posés conformément aux règles de l'art. Plus particulièrement, l'analyse d'un point de vue psychiatrique, qui aboutit à l'absence d'un trouble, répond aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. ATF 141 V 281 consid. 2) quand bien même l'expertise date de 2013 alors que la nouvelle jurisprudence date de 2015. L'appréciation psychiatrique émane d'un

spécialiste en psychiatrie et s'appuie sur les critères d'un système de classification reconnu (CIM ou ICD-10). Les experts montrent qu'ils ont tenu compte de l'ensemble du dossier médical, notamment des avis du Dr L._____, rhumatologue de la recourante, et du Dr K._____, précédent expert rhumatologue, tout en expliquant pourquoi leur appréciation diverge de celle du rhumatologue traitant, en ce sens que le Dr L._____ s'est fondé sur les douleurs exprimées par sa patiente pour considérer que la capacité de travail de celle-ci était moindre, voire nulle, même dans une activité adaptée ; les anamnèses sont détaillées par chacun des experts et la recourante a pu exprimer ses plaintes lors des différents entretiens. Les diagnostics sont motivés et leur impact sur la capacité de travail de la recourante est argumenté. Les limitations fonctionnelles, les périodes d'incapacité de travail et la capacité de travail exigible sont également soigneusement exposés par chacun des experts. Enfin, les conclusions finales résultent d'une discussion consensuelle entre les deux experts.

Au vu de l'ensemble des éléments exposés ci-dessus, il y a lieu de considérer que l'expertise du 25 novembre 2013 du SMR a pleine valeur probante. Ceci étant, l'intimé était justifié à se fonder sur ses conclusions pour retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} février 2015 et à procéder au calcul du degré d'invalidité tel qu'il l'a fait - calcul non critiqué par la recourante, à juste titre - et, au vu du degré d'invalidité de 6 % en résultant, de nier le droit de la recourante à une rente d'invalidité trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 RAI).

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de

procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir d'ordonner une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, ils doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

N'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 20 septembre 2017 est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :