

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mai 2016

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N._____, à R._____, recourante, représentée par Me David Métille,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante suisse, N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, est remariée et mère de deux enfants nés en 1989 et 1991. Au bénéfice d'une formation d'assistante médicale, elle a d'abord travaillé dans cette profession avant d'œuvrer, dès 1996, comme secrétaire dans l'entreprise de son père. Dès le 1^{er} janvier 2004, son taux d'activité était de 40% en raison de son état de santé.

Le 20 septembre 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Elle a fait état d'une spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en octobre 2005, date dès laquelle elle a été en incapacité de travail de 50 à 60%. Sous la rubrique « remarques complémentaires », elle a encore précisé qu'à la suite d'une laparoscopie pratiquée en 1997 dans le cadre de l'investigation de douleurs abdominales, elle avait présenté une péritonite stercorale sur perforation du caecum ayant nécessité, le 11 mars 1997, une laparotomie avec hémicolectomie droite. Depuis lors, elle déclarait présenter des douleurs abdominales permanentes ayant entraîné des troubles du sommeil, d'où la prise récurrente de somnifères depuis lors.

Procédant à l'instruction du dossier, l'office AI a recueilli divers renseignements. Sur le plan médical, il a organisé un examen clinique chirurgico-rhumatologique dans le cadre de son Service médical régional (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 24 octobre 2007, les Drs L._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et V._____, spécialiste en chirurgie générale, ont conclu à une capacité de travail de 40% depuis 2005 dans l'activité habituelle de secrétaire, autant en raison des problèmes ostéoarticulaires qu'intestinaux. Selon les médecins prénommés, il n'existerait pas vraiment d'activité mieux adaptée aux problèmes de santé présentés par l'assurée.

Par décision du 18 septembre 2008, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2006, sur la base d'un degré d'invalidité de 60%. En l'absence de recours, cette décision est entrée en force.

B. Le 23 août 2010, l'office AI a engagé une procédure de révision d'office de la rente servie à l'assurée en lui faisant parvenir à cet effet le questionnaire qu'elle était invitée à compléter, ce qu'elle a fait en date du 3 septembre suivant. Elle a indiqué que son état de santé était toujours le même. Sur le plan professionnel, elle a mentionné avoir cessé de travailler dans l'entreprise de son père et ouvert, dès le 1^{er} janvier 2009, son propre cabinet, exerçant en qualité de praticienne en soins énergétiques à titre indépendant au taux de 40%.

Sur la base des renseignements médicaux recueillis, l'office AI a fait savoir à l'assurée, en date du 22 février 2011, que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, si bien qu'elle continuait de bénéficier de la même rente que celle versée jusqu'alors, le degré d'invalidité demeurant fixé à 60%.

C. En complétant, le 8 avril 2013, le questionnaire transmis par l'office AI en vue de la révision d'office de la rente, l'assurée a signalé que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de janvier 2012. Elle mentionnait l'opération d'une hernie discale le 31 mai 2012, suivie d'une nouvelle intervention en date du 15 janvier 2013, en raison d'une récurrence de cette hernie, toutes deux pratiquées par le Prof. G._____, spécialiste en neurochirurgie. L'assurée a encore mentionné être suivie par les Drs H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et X._____, spécialiste en médecine interne générale.

Se prononçant dans un avis médical du 16 décembre 2013 sur les renseignements médicaux recueillis auprès des médecins prénommés, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a dressé une liste de questions à l'attention du Dr

H._____ et du Prof. G._____, en vue d'obtenir des précisions quant à l'état de santé de l'assurée.

Le 8 janvier 2014, le Dr H._____ a répondu en ces termes aux questions posées par le Dr F._____ :

« [1. Quelle est l'évolution concernant la spondylarthrite ankylosante depuis le dernier rapport médical du 30 avril 2013 ?]

L'évolution est relativement favorable chez une patiente qui va à nouveau mieux d'un point de vue de sa hernie discale après une réopération et avec la persistance de quelques douleurs irrégulières. Elle continue la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

[2. De quand date votre dernier contrôle ?]
Dernier contrôle le 12 juillet 2013.

[3. Quel est le status clinique rhumatologique détaillé (synovites ; localisation ; mobilité des doigts et force de préhension ; mobilité du rachis ; examen des sacro-iliaques) ?]

Il persistait une discrète sensibilité de la sacro-iliaque droite, mais actuellement pas de synovites évidentes périphériques chez une patiente qui a avant tout une atteinte axiale dans le cadre d'une spondylarthropathie axiale entérocolique dans le cadre d'une maladie de Crohn.

[4. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?]

Les limitations fonctionnelles restent assez importantes chez une patiente qui a un dos fragile en raison de sa spondylarthrite ankylosante, mais surtout après ses deux cures de hernie discale (cf. rapport Dr G._____). Les limitations restent importantes comme éviter les positions fixes, c'est-à-dire uniquement position assise ou uniquement position debout, le terrain irrégulier, se pencher, travailler en dessus des bras, s'accroupir ou s'agenouiller restent également interdits. Elle doit pouvoir bouger régulièrement, ne pas soulever d'objets, ne pas porter d'objets, éviter les rotations. »

Quant au Prof. G._____, il était invité par lettre du 6 janvier 2014 à répondre à la question suivante : « [q]uelles sont les dates exactes d'incapacité de travail que vous avez attestées depuis mai 2012 à ce jour ? » Il a écrit ce qui suit dans une lettre du 13 janvier 2014 :

« Nous n'avons pas attesté d'incapacité de travail à Mme N._____ en raison de sa situation professionnelle et assécurologique. En effet, elle a toujours été à l'AI à 60% et pour le reste elle n'avait pas d'assurance perte de gain.

On peut toutefois considérer que d'un point de vue neurochirurgical elle était à l'arrêt total en tout cas depuis la première opération du 31 mai 2012 jusqu'au contrôle post-opératoire du 29 juin 2012, puis depuis la deuxième opération du 15 janvier 2013 jusqu'au contrôle post-opératoire du 1^{er} mars 2013. »

Dans un avis médical du 18 mars 2014, le Dr F. _____ s'est exprimé en ces termes sur les pièces médicales au dossier :

« Rappelons qu'il s'agit d'un avis d'aggravation de l'atteinte à la santé dans le cadre d'une révision d'office concernant une assurée de 50 ans, au bénéfice d'un $\frac{3}{4}$ de rente versé depuis le 1^{er} janvier 2006 pour une spondylarthrite ankylosante et des douleurs abdominales chroniques dans le cadre d'un status après plusieurs interventions chirurgicales abdominales. L'assurée est divorcée depuis 2006 [recte : 2004], mère de deux enfants et est au bénéfice d'une formation d'assistante médicale. Depuis 1996, elle travaille dans l'entreprise paternelle comme secrétaire.

La décision d'octroi de rente s'est basée sur l'examen clinique SMR chirurgico-rhumatologique du 23 octobre 2007 effectué par le Dr V. _____, chirurgien, et le Dr L. _____, rhumatologue. L'examen clinique rhumatologique objectivait l'absence de synovite ou de limitation de la mobilité articulaire des membres supérieurs hormis une discrète tuméfaction douloureuse de la face dorsale du poignet gauche. Le signe de Gänsslen était positif des deux côtés surtout à droite. L'examen des membres inférieurs était normal. La mobilité du rachis objectivait une bonne mobilité cervicale (distance menton-sternum min-max 4 à 17 cm) ; une ampliation thoracique à 8 cm et un Schober lombaire à 10-15 cm. Les articulations sacro-iliaques étaient douloureuses à la palpation avec manœuvre de Mennel positive des deux côtés. Les Drs L. _____ et V. _____ ont retenu une capacité de travail de 40% dans toute activité.

L'aggravation signalée par l'assurée le 8 avril 2013 est appuyée par le Dr H. _____, rhumatologue. Dans son rapport médical du 30 avril 2013, [il] mentionne une aggravation de la spondylarthrite ankylosante avec signes de synovites périphériques modérés, d'enthésopathie et de douleurs de la fesse et du membre inférieur droit qui « surpassent toutes les autres douleurs ». Ce médecin mentionne que l'assurée présente un status après cure de hernie discale L5-S1 droite effectuée le 31 mai 2012 par le Pr G. _____ avec récurrence qui a nécessité une reprise chirurgicale en janvier 2013. Le Dr H. _____ atteste qu'il a effectué le dernier contrôle le 5 octobre 2012 et retient une capacité de travail entre 0 et 20% au minimum dans toute activité dès mai 2012.

Pour ce qui concerne le rhumatisme inflammatoire (spondylarthrite ankylosante), l'examen clinique du Dr H. _____ montre une certaine aggravation par la présence de synovites périphériques. Les douleurs du membre inférieur droit signalées par ce médecin sont antérieures à la reprise chirurgicale de la hernie discale de janvier 2013 ; une partie au moins des douleurs du membre inférieur droit peuvent être mises en relation avec la hernie discale L5-S1 droite. A relever que selon le Dr H. _____ en octobre 2012, l'assurée est

principalement gênée par des douleurs de la fesse et du membre inférieur droit.

Concernant les lombosciatalgies droites dans le contexte de cure de hernie discale L5-S1, le Pr G. _____ mentionne dans son rapport de consultation du 21 janvier 2013 une évolution favorable (plus de douleurs spontanées) et une reprise possible du travail dès le contrôle suivant prévu le 1^{er} mars 2013. La même évolution post-opératoire rapidement « réjouissante » est attestée par le médecin dans sa lettre de sortie du 21 janvier 2013.

Dans le courrier de réponse à nos questions complémentaires daté du 13 janvier 2014, le Prof. G. _____ atteste des arrêts de travail à 100% pour des raisons chirurgicales du 31 mai 2012 (première cure de hernie discale L5-S1) et du 15 janvier 2013 au 1^{er} mars 2013 (deuxième cure).

Cette assurée connue pour une spondylarthrite ankylosante a présenté une aggravation transitoire de son état de santé.

Sur le plan rhumatologique, le Dr H. _____ mentionne dans son rapport du 30 avril 2013 des synovites périphériques qui ne sont plus décrites le 8 janvier 2014. Le traitement de fond d'anti-TNF a pu être arrêté. En l'absence de signes scintigraphiques et radiologiques pour une atteinte de l'articulation sacro-iliaque droite (cf. rapport de consultation du Prof. G. _____ du 21 janvier 2013), la « discrète sensibilité » de la fesse droite mentionnée par le Dr H. _____ n'a pas une étiologie rhumatologique.

Sur le plan chirurgical nous suivons les périodes d'incapacité de travail retenues par le Prof. G. _____ dans son courrier du 21 janvier 2013.

En conclusion, nous retenons une aggravation transitoire de l'état de santé avec capacité de travail nulle du 31 mai 2012 (date de la première opération de hernie discale) au 12 juillet 2013 (date du dernier contrôle chez le Dr H. _____). »

Le 25 mars 2014, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait procéder à une augmentation momentanée de sa rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes :

« Vous êtes actuellement au bénéfice d'un trois-quarts de rente (invalidité 60%) versé depuis le 1^{er} janvier 2006.

Vous avez été considérée comme une femme active à 100%, ce que vous avez confirmé dans le questionnaire de révision rempli le 8 avril 2013. Vous mentionnez également une aggravation de votre état de santé depuis 2012.

Il ressort des renseignements médicaux obtenus et de l'avis du médecin-conseil du Service Médical Régional que votre état de santé s'est aggravé, ayant abouti à une incapacité de travail durant la

période du 31 mai 2012 au 12 juillet 2013 (date du dernier contrôle médical).

Par la suite, vous avez pu reprendre votre activité d'indépendante à temps partiel.

Ainsi, en application de l'article 88bis al. 1 RAI précité, le passage à la rente entière peut intervenir au plus tôt dès le 1^{er} avril 2013, soit dès la date prévue pour la révision d'office, jusqu'au 31 octobre 2013, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé.

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 1^{er} avril 2013 et jusqu'au 31 octobre 2013, le droit à la rente entière (invalidité 100%) est reconnu. Puis dès le 1^{er} novembre 2013, retour au versement du trois-quarts de rente (invalidité 60%). »

Le 20 mai 2014, l'assurée a présenté des objections à l'encontre de ce préavis, en faisant valoir une récurrence de sa hernie discale. Elle a joint un rapport médical du 10 mai 2014, faisant suite à une consultation ambulatoire du 7 mai précédent, dans lequel le Prof. G._____ estimait que l'incapacité de travail devait être augmentée durablement à 80%. Invité à préciser ses constatations, le Prof. G._____ a répondu en ces termes le 25 juin 2014 aux questions posées par le SMR :

« [1. Depuis quelle date peut-on admettre une aggravation de son état de santé et par conséquent une incapacité de travail de 80% ?]
Diminution de la capacité de travail à 20% dès la reprise du travail le 15 juillet 2013.

[2. Quel est votre pronostic pour une reprise de travail ?]
Cette baisse de la capacité à 20% est définitive. Vu la présence d'une maladie chronique évolutive, une invalidité totale s'installera probablement un jour ou l'autre.

[3. Quelle pourrait être la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?]
Il n'y a pas d'activité mieux adaptée au handicap que celle qu'exerce Mme N._____ actuellement.

[4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?]
Douleurs squelettiques diverses. Limitation de la mobilité en général et spinale en particulier. Sciatique droite.

[5. Autres remarques ?]
Cf. en annexe copie de notre dernier rapport ambulatoire du 7 mai 2014 qui résume la situation. »

Se déterminant dans un avis médical du 7 juillet 2014 sur les pièces médicales produites dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr F. _____ a écrit ce qui suit :

« (...)

L'audition actuelle est appuyée par le Pr G. _____.

Dans son rapport de consultation du 7 mai 2014, ce neurochirurgien mentionne que l'assurée présente depuis février/mars 2014 une sciatique droite. Actuellement, elle « ne semble pas trop souffrir, mais elle est surtout inquiète puisque l'IRM a mis en évidence une nouvelle hernie discale. » A l'examen, l'assurée est prudente dans les mouvements mais ne semble pas trop souffrante. La flexion antérieure est peu douloureuse avec DDS à 35 cm. La force et la sensibilité des membres inférieurs sont normales. L'épreuve de Lasègue est tout à fait négative des deux côtés. Le Pr G. _____ soutient une diminution de la capacité de travail de 20% dès le 15 juillet 2013, date de la reprise après sa dernière opération (cf. courrier du 25 juin 2014).

Depuis février/mars 2014, l'assurée présente des sciatalgies droites dans le contexte d'une récurrence de hernie discale L5-S1 déjà opérée à deux reprises. Comme mentionné par le Pr G. _____ dans son rapport du 10 mai 2014 il est probable que l'image de hernie discale droite, qui est discrète, soit à l'origine de la recrudescence des douleurs actuelles. S'agissant d'une petite herniation constituée de cartilage, il y a une bonne chance de résorption spontanée.

Nous avons discuté du cas à l'interne avec le Dr M. _____, rhumatologue au SMR. Nous retenons des incohérences dans les documents du Pr G. _____. Dans son rapport du 7 mai 2014 [recte : 10 mai 2014], le spécialiste affirme que l'image de hernie discale L5-S1, bien que discrète, soit à l'origine de la recrudescence des douleurs actuelles. L'examen clinique objective l'absence de souffrance radiculaire (Lasègue négatif des deux côtés) ou neurologique des membres inférieurs. La capacité de travail est attestée nulle dès août 2013, alors que l'assurée signale, selon le Pr G. _____, des douleurs depuis février/mars 2014. A noter que ce spécialiste affirme, qu'alors qu'elle ne semble pas trop souffrir, l'assurée est surtout inquiète des images radiologiques.

En l'absence de corrélation radio-clinique, nous ne pouvons pas suivre le Pr G. _____ et nous ne retenons pas d'aggravation de l'état de santé. Nous confirmons la capacité de travail de 40% retenue en décembre 2007 (cf. rapport SMR du 5 décembre 2007) et confirmée dans notre avis précédent du 18 avril 2014.

Les limitations fonctionnelles de 2007 tiennent compte du problème mécanique actuel (lombalgies post 2 cures de hernie discale). »

Dans une lettre du 22 juillet 2014, l'office AI a expliqué à l'assurée que les éléments médicaux avancés ne lui permettaient pas

d'envisager une augmentation de son incapacité de travail. Dès lors, les termes de son projet de décision du 25 mars 2014 étaient maintenus.

Le 25 juillet 2014, l'office AI a rendu une décision formelle avec une motivation identique à celle de son préavis du 25 mars précédent.

D. Par acte du 12 septembre 2014, N._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Elle fait valoir que c'est à tort que les médecins du SMR ont dénié l'existence d'une aggravation durable et non seulement transitoire de son état de santé, alors même qu'elle résulte des rapports dressés par le Prof. G._____ et le Dr H._____. Elle souligne que de nouveaux diagnostics ont été posés depuis ceux retenus en 2007 par les médecins du SMR, en ce sens qu'à l'époque, elle ne souffrait d'aucune limitation complémentaire au niveau lombaire. Par ailleurs, selon l'IRM lombaire du 29 avril 2014, elle présentait une récurrence de hernie discale L5-S1 droite. En outre, si à la suite des interventions chirurgicales effectuées en mai 2012 et janvier 2013, la situation s'est temporairement amendée, elle s'est en revanche clairement dégradée dès le début de l'année 2014 à la suite d'une colonoscopie « qui n'a pas réussi ». A cela s'ajoutait une maladie de Crohn diagnostiquée en février 2014 accompagnée de problèmes digestifs. Ces troubles ont conduit le Prof. G._____ et le Dr H._____ à retenir une aggravation de l'état de santé, justifiant selon eux une réduction durable de la capacité de travail à 20%. La requérante reproche à l'intimé de ne pas s'être prononcé sur les diagnostics complémentaires de maladie de Crohn « et encore moins sur les impacts engendrés par la combinaison de cette affection en plus des importantes récurrences de hernies discales », écartant ainsi l'avis de spécialistes aux compétences reconnues. Dans cette mesure, les avis du SMR ne sauraient être considérés comme probants. Elle conclut en conséquence, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise, en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 octobre 2013, sur la base d'un taux d'invalidité de 80%. Subsidiairement, elle demande la mise en œuvre d'une « expertise

judiciaire sur un plan neurochirurgical, respectivement rhumatologique, en vue de déterminer le taux de diminution de [s]a capacité de travail (...) dans une activité adaptée. » A défaut, elle sollicite le renvoi de la cause à l'office AI pour qu'il aménage une telle expertise.

Dans sa réponse du 30 octobre 2014, l'office AI propose le rejet du recours.

En réplique du 17 novembre 2014, la recourante produit les quatre documents médicaux suivants : un rapport médical adressé le 25 juin 2014 par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie, au Dr X._____; un rapport médical adressé le 17 août 2014 par le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, au Dr X._____; un rapport médical du 15 septembre 2014 du Prof. G._____ ainsi qu'un rapport médical du 13 octobre 2014 du Dr H._____, tous deux à l'intention du conseil de l'assurée. La recourante déduit de ces documents que les limitations multiples causées par son atteinte rachidienne sont incompatibles avec une capacité de travail supérieure à 20%. Partant, elle déclare maintenir ses conclusions.

A son pli du 16 décembre 2014, l'office intimé a joint l'avis de son SMR du 9 décembre précédent, dans lequel le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, s'est exprimé en ces termes à propos des pièces médicales produites par la recourante à l'appui de sa dernière écriture :

- « 1. Le courrier du Dr S._____ du 25 juin 2014 concerne un iléus sur fécalome traité en clinique durant un séjour de trois jours, ce problème bref n'est pas de nature à modifier les conclusions du Dr F._____ dans ces précédents avis. Relevons cependant qu'un fécalome n'est pas la manifestation la plus fréquente de la maladie de Crohn qui par définition s'exprime par une inflammation des intestins/accélération du transit.
2. Le courrier du Dr K._____ du 17 août 2014 retient des plaintes subjectives et des éléments médicaux objectifs de nature à modifier les conclusions du SMR (plaintes, IRM du 29 avril 2014, « une sévère amyotrophie du plan musculaire paravertébral »).

3. Le courrier du Dr G. _____ du 15 septembre 2014 confirme son appréciation d'une incapacité de travail de 80% depuis le 15 juillet 2013 en prenant en compte l'appréciation du Dr K. _____ et ses constats cliniques ainsi que la maladie de Crohn (connue du SMR depuis au moins 2007/rapport médical du 10 décembre 2007) sur laquelle nous sommes peu informés. Le Dr G. _____ déclare avoir examiné l'assurée le 26 juin 2014. Ce document est donc de nature à modifier les conclusions du Dr F. _____.
4. Le Dr H. _____ omettant de mentionner (dans son courrier du 13 octobre 2014 à l'avocat de l'assuré) la date de son dernier examen clinique sans laquelle nous ne pouvons répondre à votre question, nous ne nous prononcerons pas sur cette pièce. »

E. En date du 8 décembre 2014, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties - ces dernières ayant au préalable déposé leur questionnaire respectif -, a confié au Centre d'expertises J. _____ de la Policlinique Médicale T. _____ le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire en neurochirurgie, rhumatologie et médecine interne. Déposé le 7 juillet 2015, le rapport était signé par les Dresses C. _____ et P. _____, spécialistes en médecine interne générale. Il était spécifié en tête du rapport que les constatations et conclusions se fondaient sur le dossier constitué par l'office AI, l'examen de médecine interne du 14 avril 2015 et les consultations spécialisées suivantes : le consilium rhumatologique du 29 avril 2015 (effectué par le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale), le consilium de neurochirurgie du 7 mai 2015 (auquel a procédé le Dr A. _____) ainsi que le consilium neurologique du 5 juin 2015 (réalisé par le Dr B. _____, spécialiste en neurologie). Il était par ailleurs précisé que les conclusions de ce rapport avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire en date du 30 juin 2015 en présence des deux signataires du rapport.

Débutant par un énoncé du motif de l'expertise et un résumé des principales pièces figurant aux dossiers administratif et judiciaire (pp. 1-5), le rapport comprend ensuite un rappel anamnestique incluant notamment les plaintes de l'assurée (pp. 5-10) et les constatations objectives faites à l'occasion de l'examen de médecine interne (pp. 10-11). Puis, le rapport rend compte des observations effectuées au cours des

consultations spécialisées, énonce les diagnostics retenus (pp. 11-20) avant de se conclure par une appréciation du cas et la réponse aux questions posées par chacune des parties (pp. 20-34).

Avec influence essentielle sur la capacité de travail, les experts ont posé les diagnostics suivants :

- Lombo-pygalgies multifactorielles avec syndrome radiculaire S1 droit séquellaire non déficitaire (M 51.2) avec :
 - Status après cure de hernie discale L5-S1 droite le 31 mai 2012
 - Status après reprise d'hémi laminectomie L5-S1 droite pour récurrence de hernie discale le 15 janvier 2013
 - Récurrence radiologique de hernie discale L5-S1 droite documentée le 29 avril 2014
- Spondylarthropathie séronégative, HLA-B27 positive, de type arthrite antéropathique (maladie de Crohn) 46.8

Sans influence essentielle sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics suivants :

- Hypertension artérielle probable non traitée.
- Status après hémicolectomie droite en 1997 pour péritonite stercorale sur perforation iatrogène du caecum lors d'une laparoscopie exploratrice :
 - Constipation chronique

Sous l'intitulé « Appréciation du cas », les experts se sont exprimés en ces termes :

« Madame N. _____ est âgée de 52 ans, divorcée puis remariée, mère de deux enfants de sa première union, nés respectivement en 1989 et 1991. Elle est assistante médicale de profession, activité qu'elle a exercée durant une dizaine d'années jusqu'au décès de son patron. Dès le début des années 90, elle a travaillé pour le compte de l'entreprise dirigée par son père, effectuant essentiellement des travaux de bureau jusqu'en 2008. Depuis 2009, elle a réorienté son activité, exerçant à titre indépendant en tant que thérapeute énergétique.

Madame N. _____ est au bénéfice d'un 3/4 de rente d'invalidité en reconnaissance d'un taux d'invalidité de 60% par décision AI du 18 septembre 2008 et ceci avec effet au 1^{er} janvier 2006. Une demande de prestations AI avait été déposée en août 2006 en raison d'une spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en 2005 ainsi que de troubles digestifs en lien avec une probable maladie de Crohn. Le rhumatologue traitant, le Dr H. _____, avait attesté une incapacité de travail de 60%. Le droit à la rente est demeuré inchangé par décision AI du 22 février 2011, mais en mai 2012 Madame N. _____ a déclaré une aggravation de son état de santé en raison d'une hernie discale qui a nécessité une opération, puis une 2^e intervention pour récurrence en janvier 2013. L'OAI, par projet de décision du 25 mars 2014, a reconnu une invalidité entière pour la période du 1^{er} avril au 31 octobre 2013 et a considéré que la situation était à nouveau stabilisée après cette date avec à nouveau droit au 3/4 de rente d'invalidité. L'évolution n'étant cependant pas favorable avec la persistance de douleurs ostéo-articulaires en particulier lombaire, Madame N. _____ conteste le projet de décision par le biais de son avocat alors que le médecin SMR, Dr F. _____, reste sur ses positions.

Etant donné des avis médicaux divergents quant à la capacité de travail résiduelle de Madame N. _____, en particulier dès la fin de l'année 2013, le Tribunal cantonal des assurances auprès de qui un recours a été déposé en novembre 2014, sollicite une expertise pluridisciplinaire avec volet de rhumatologie, de neurologie et de neurochirurgie. Il s'agit de se prononcer sur l'évaluation de la capacité de travail entre 2007 et 2014.

On relève que le Prof. G. _____, neurochirurgien, avait évalué une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'au maximum 20%, avec des limitations persistantes au long cours après une reprise d'hémilaminectomie L5-S1 droite le 15 janvier 2013 pour récurrence de hernie discale L5-S1, déjà opérée en mai 2012. La divergence d'appréciation entre le Dr G. _____ et le médecin SMR porte sur les répercussions cliniques, la relation avec les douleurs, d'une hernie discale L5-S1 droite observée sur la dernière IRM lombaire du 29 avril 2014. Le Dr H. _____, rhumatologue, quant à lui, décrit une aggravation de la maladie rhumatologique en 2012 et l'apparition de lombosciatalgies droites sévères en lien selon lui avec la hernie discale, notant une incapacité de travail totale depuis le mois de mai 2012 au moins (dans un rapport médical d'avril 2013). L'avocat de Madame N. _____ relève de plus une hospitalisation pour iléus sur fécalome à la Clinique E. _____ en juin 2014 pour étayer une aggravation de l'état de santé de Madame N. _____.

Au plan rhumatologique, Madame N. _____ présente une spondylarthropathie séronégative, HLA-B27 positive, de type arthrite antéropathique (de Crohn), dont l'activité est difficilement évaluable, le diagnostic ayant été retenu essentiellement en raison de la forte intensité douloureuse avec faible corrélation radioclinique puisque les signes de sacro-iliite sont plutôt modérés et comprennent les 2 pieds des sacro-iliaques, avec peut-être une légère prédominance à droite. Le rhumatologue relève qu'il n'y a pas eu par le passé ni actuellement de forte activité inflammatoire humorale et que les traitements de fond de la spondylarthropathie séronégative ont été

accompagnés d'intolérance et qu'ils ont finalement été abandonnés par le rhumatologue traitant, le Prof. H. _____, compte tenu finalement du peu d'activité de la spondylarthropathie. Les douleurs lombaires étant décrites comme plutôt d'origine mécanique dans ce contexte, la spondylarthropathie n'explique à notre avis pas de manière satisfaisante et prépondérante l'intensité de la symptomatologie douloureuse, à savoir essentiellement les lombopseudosciatalgies droites qui ont surtout été attribuées à une discopathie L5-S1. D'autre part nous n'avons pas d'évidence clinique ou anamnétique de synovite récidivante des articulations périphériques.

D'un point de vue rhumatologique seul, on peut admettre les limitations fonctionnelles suivantes : une incapacité à effectuer toute activité physiquement lourde, les activités professionnelles avec exposition aux engins vibrants ou à des vibrations corporelles, celles qui nécessiteraient des mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne lombaire ou des mouvements de rotations (par exemple travail à la chaîne avec rendement imposé, caissière, ou encore toute activité avec exposition ou rigueur climatique (pas d'activité professionnelle extérieure). De plus, les professions nécessitant le maintien de position statique debout ou assise prolongée de plus de 3/4 d'heure sans pouvoir varier sa position brièvement, qui nécessiterait le levage et portage régulier de charges supérieures à 10 kg sont contre-indiquées. D'un point de vue médico-théorique, rhumatologique essentiellement, la capacité de travail pour une activité professionnelle qui respecterait les limitations fonctionnelles qui viennent d'être énoncées, est de 60%. Au plan rhumatologique, il n'y a pas d'évolution significative d'une atteinte anatomique structurelle de la spondylarthropathie depuis 2005. Pour les activités ménagères, la capacité de travail est complète.

En ce qui concerne la maladie de Crohn, la coloscopie effectuée en février 2014 a confirmé la présence d'une iléite érosive compatible avec une maladie de Crohn iléale légère, étant donné la présence d'érosions plusieurs semaines après l'arrêt de toute consommation d'AINS. Compte tenu du peu de symptomatologie de la maladie de Crohn, tout traitement de fond est interrompu (à noter antérieurement une intolérance aux traitements de Pentasa). Les symptômes digestifs sont actuellement surtout une constipation chronique et des crampes abdominales, mais qui sont présentes déjà depuis 1997 suite à une hémicolectomie droite effectuée en raison d'une péritonite stercorale à cause d'une perforation du caecum. La constipation est actuellement améliorée, surtout depuis l'arrêt du traitement d'opiacés pris en raison des lombosciatalgies. A noter qu'il y a eu une courte hospitalisation en juin 2014 pour sub-iléus sur constipation, justement dans le contexte de la prise d'opiacés. Ce problème est actuellement résolu et ne constitue pas une raison d'incapacité de travail au long cours. L'incapacité de travail reconnue au plan AI depuis 2006 comprend les limitations globales en lien avec l'affection rhumatologique associée à la maladie de Crohn.

Les douleurs lombaires basses irradiant en région sacro-iliaque bilatérale et surtout dans la fesse droite ont surtout été mises en relation avec une hernie discale L5-S1 droite. Le 31 mai 2012,

Madame N. _____ a été opérée une 1^{ère} fois d'une hernie discale L5-S1 droite avec une évolution totalement favorable. Fin 2012, les douleurs récidivent et Madame N. _____ est à nouveau opérée le 15 janvier 2013 avec reprise d'hémilaminectomie L5-S1 droite, cure de hernie et nouvelle discectomie. L'évolution est à nouveau tout à fait favorable. Néanmoins en mars 2014, les douleurs lombaires en barre irradiant dans la fesse droite réapparaissent. Il n'y a toutefois pas d'irradiation plus distale ni de paresthésies associées. Subjectivement l'expertisée décrit une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse et la possibilité de reprise d'activité quotidienne de base à partir d'août 2014, après une infiltration péridurale.

Au plan neurologique, l'examen spécifique n'a pas permis de mettre en évidence de syndrome lombovertébral significatif ni de signe radiculaire irritatif. En effet, les manoeuvres de Lasègue sont rigoureusement négatives. En dehors d'un émoussement du réflexe achilléen droit, il n'y a pas de déficit radiculaire et l'EMG du membre inférieur droit s'est révélé normal. En particulier, cet examen a permis d'exclure une éventuelle souffrance radiculaire S1 droite aiguë. Sur le plan neuroradiologique, l'IRM du 29 avril 2014 met en effet en évidence une récidive de hernie discale paramédiane droite en L5-S1, mais de petite taille. Un éventuel conflit radiculaire sous-jacent n'est donc pas certain. L'examen effectué par le neurochirurgien est tout à fait concordant avec celui du neurologue. Le conflit radiculaire sur la racine S1 droite sur les différentes imageries IRM de 2012, et la dernière d'avril 2014 ne se traduit pas cliniquement par une souffrance radiculaire neurologique.

Afin d'évaluer l'indication et surtout les chances de succès d'une éventuelle chirurgie du rachis lombaire, le neurochirurgien consultant a proposé de tenter de faire la part entre une composante inflammatoire ou mécanique concernant les lombalgies. L'anamnèse ne permet pas de faire la part claire entre les 2 car la douleur est tantôt de caractère inflammatoire, c'est-à-dire surtout la nuit avec une augmentation de la douleur au repos, tantôt de caractéristique plutôt mécanique, à la marche prolongée. Le neurochirurgien relève que l'IRM ne montre pas de sagittalisation majeure des articulaires postérieures L4-L5 ou L5-S1 bilatéralement et qu'il n'y a pas de listhésis au niveau lombaire sur les différentes séquences IRM. Cela parle donc peu en faveur de douleurs à caractère mécanique et de ce point de vue, une prise en charge chirurgicale n'aurait pas de grande chance d'améliorer les douleurs lombaires de l'expertisée. Pour étayer l'analyse du neurochirurgien, la réalisation d'une nouvelle IRM du rachis lombaire avec et sans injection de gadolinium pourrait être effectuée, à la recherche de prise de contraste diffuse et afin d'investiguer la prise de contraste du débord discal visualisé en L5-S1 à droite. On pourrait également effectuer des radiographies dynamiques du rachis lombaire, en flexion et extension de profil, afin de rechercher une hypermobilité segmentaire au niveau lombaire. Une instabilité orienterait vers une éventuelle attitude chirurgicale.

Relevons que jusqu'à ce jour, les neurochirurgiens dont le Prof. G. _____ étaient plutôt réservés quant à un nouveau traitement chirurgical, ce qui était également l'avis du Dr K. _____, médecin en médecine physique et réhabilitation à la Clinique I. _____ à [...]

qui avait examiné Madame N. _____ en août 2014. L'expertisée elle-même est réticente quant à une telle attitude chirurgicale et note une nette amélioration des lombalgies avec le traitement de physiothérapie effectué de septembre 2014 à février 2015 et surtout après l'infiltration d'août 2014.

D'un point de vue rhumatologique, nous considérons que la spondylarthrite ankylosante est stable depuis 2012 (dernière infiltration de la sacro-iliaque droite). Au plan neurologique - neurochirurgical, il y a eu une aggravation en mai 2012 (première opération de hernie discale), avec incapacité de travail totale depuis cette date et jusqu'à 6 mois après la 2^e opération de hernie discale qui a eu lieu le 15 janvier 2013. Nous rejoignons l'appréciation du médecin SMR qui avait reconnu l'aggravation avec reconnaissance d'une invalidité totale jusqu'au 31 octobre 2013, en considérant que la situation était à nouveau stabilisée après cette date (amélioration de l'état de santé notée à mi-juillet 2013 avec possibilité de reprise d'une activité d'indépendante à temps partiel, selon note au dossier AI et reconnaissance par l'OAI de l'invalidité totale encore 3 mois après l'amélioration de l'état de santé).

En mars 2014, l'intensité des lombalgies, qui s'étaient améliorées entre temps, sont à nouveau plus fortes, jusqu'à l'infiltration lombaire effectuée en août de la même année et parallèlement à l'instauration d'un traitement de physiothérapie. Concernant cette récurrence douloureuse, nous n'avons pas pu démontrer d'aggravation neurologique/neurochirurgicale, comme noté dans les consiliams spécialisés, qui aurait impliqué la présence de signes neurologiques déficitaires ou irritatifs sciatiques au moins dans le territoire L5, S1. Cela rejoint d'ailleurs les constatations cliniques du Dr G. _____. C'est l'appréciation des répercussions fonctionnelles qui diffèrent. A ce propos, nous nous distançons de son avis quant à un 20% de capacité de travail au maximum.

Globalement d'un point de vue de médecine interne, de rhumatologie, de neurologie et de neurochirurgie, en l'absence d'une aggravation documentée au-delà de fin 2013, en particulier en 2014, nous considérons qu'une incapacité de travail de 60% tient compte du problème mécanique versus inflammatoire de la colonne lombaire, de la spondylarthrite ankylosante (avec douleurs déjà présentes depuis 2005), et de la maladie de Crohn. Les limitations fonctionnelles neurologiques - neurochirurgicales sont les mêmes que les limitations au plan rhumatologique. Notons que les douleurs sont un phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu, phénomène complexe, d'étiologie multifactorielle, avec entre autre des composantes sensorielles, affectives, émotionnelles et motivationnelles qui diminuent selon l'expertisée, ses capacités fonctionnelles. A ce sujet, nous soulignons encore que l'anamnèse et l'examen par l'interniste n'a pas mis en évidence de symptômes ou signes parlant pour un état dépressif ou un trouble somatoforme persistant. Madame N. _____ montre de bonnes ressources adaptatives, n'est pas ralentie au plan psychomoteur, a pu préserver une vie familiale, sociale et personnelle, et a même pu mettre sur pied des projets professionnels comme thérapeute indépendante à domicile (profession par ailleurs adaptée aux atteintes à la santé physique).

REPONSES AUX QUESTIONS

- *Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?*

Capacité de travail de 40% dans l'activité de thérapeute énergétique ou d'assistante médicale.

- *A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins ?*

A partir de 2005 (diagnostic de spondylarthrite ankylosante, troubles digestifs sur maladie de Crohn, avec reconnaissance par l'OAI d'une invalidité de 60% (3/4 de rente d'invalidité) sur la base d'une capacité de travail d'au maximum 40% (décision AI du 18 septembre 2008, avec effet au 1^{er} janvier 2006).

- *Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Stable jusqu'à la cure de hernie discale le 31 mai 2012. Incapacité de travail totale jusqu'à quelques mois après la 2^e intervention pour récurrence de hernie discale survenue en 2013. L'OAI a ainsi reconnu une invalidité de 100% pour une incapacité de travail totale du 31 mai 2012 au 12 juillet 2013. Capacité de travail à nouveau de 40% estimée à partir du 1^{er} novembre 2013 (soit après 3 mois d'amélioration de l'état de santé).

Nous rejoignons cette appréciation. Il n'y a pas de documentation objective neurologique ou neurochirurgicale ou encore rhumatologique d'aggravation de l'état de santé au-delà de cette date (cf. réponses aux questions spécifiques dans les consiliums de rhumatologie, de neurologie et de neurochirurgie).

- *Pronostic (de la capacité de travail) ?*

Bon.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales*

[] oui [x] non

Pas actuellement, car la spondylarthrite ankylosante est stable, alors qu'il n'y a pas de traitement de fond. Il n'y a pas d'indication neurochirurgicale comme décrit dans la discussion. Même en cas de documentation de caractéristiques plutôt mécaniques aux examens proposés par le neurochirurgien, il faudrait néanmoins rester réservé quant à une nouvelle intervention neurochirurgicale si celle-ci avait un but antalgique uniquement et en l'absence de signe clinique ou paraclinique clair, notamment déficitaire ou irritatif neurologique (ce qui n'est pas le cas actuellement comme décrit dans la discussion). Ainsi nous n'avons pas jugé qu'une nouvelle IRM serait

déterminante à effectuer lors de la présente expertise pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles actuelles.

- *Si non, pour quelles raisons ?*

Cf. réponse à la question précédente.

- *Durée nécessaire probable du traitement ?*

Pas de traitement autre actuellement que les antalgiques à la demande et la physiothérapie antalgique et de reconditionnement musculaire. A réévaluer en cas d'apparition de signes neurologiques déficitaires comme noté dans le consilium de neurochirurgie.

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer par la suite ?*

Inchangée à 40% au maximum.

- *L'assuré est-il/elle d'accord avec ce traitement ?*

oui non (si non, pour quelles raisons)

Il n'y a pas de traitement spécifique à proposer actuellement.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?*

oui non (si non, pour quelles raisons)

Etant donné que l'activité de thérapeute énergétique est adaptée. Cf. discussion.

- *Un reclassement professionnel est-il judicieux ?*

oui non

Cf. réponse à la question précédente.

- *Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient) :*

Position de travail (debout, assis, etc.) : pouvoir alterner les positions aux heures, sur quelques minutes, éviter les positions statiques le tronc penché en avant ou les rotations du tronc.

Horaire : à plein temps à mi-temps autres

Port de charges :

Travaux lourds :

Marche :

Nuisances diverses : bruit, poussières, etc. :

Conditions de travail (milieu ouvert, protégé) :

Niveau de formation :

Capacité d'apprendre :

Motivation :

Autres :

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires ?*
[] oui [x] non
Si oui, lesquels ?
- *Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ?*
40%.
- *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*
Depuis fin 2013.

A. Questions relevant de la neurologie

1. Anamnèse ?

Cf. mon rapport pages 1 et 2.

2. Plaintes et données subjectives de la patiente ?

Cf. page 2.

3. Status clinique ?

Cf. page 3.

4. Diagnostics ?

Cf. page 5.

5. Quelle a été l'évolution des diagnostics entre ceux posés par les médecins du SMR, lors de leur rapport médical du 24 octobre 2007, et ceux retenus actuellement ?

Le diagnostic susmentionné sous 4 est ultérieur au 23 octobre 2010, puisque la première intervention de hernie discale date du 31 mai 2012.

6. De même et à plus court terme, quelle a été l'évolution des diagnostics retenus par le Prof. G. _____ lors de ses rapports médicaux des 12 juin 2012 et 21 janvier 2013 et la situation actuelle ?

L'évolution est donc caractérisée par une première intervention de hernie discale le 31 mai 2012, puis par une seconde intervention pour récurrence de hernie discale le 15 février [recte : janvier] 2013.

7. Pour le cas où une aggravation du status neurologique/neurochirurgical devait être retenue, à partir de quelle date une telle aggravation pourrait être admise ? S'agit-il d'une aggravation du status neurologique/neurochirurgical à caractère durable ou uniquement passager ?

Par rapport à 2007, la seule aggravation du status neurologique est l'apparition dans l'intervalle d'un émoussement du réflexe achilléen droit. Il s'agit d'un signe minime, vraisemblablement durable.

- 8. Toujours dans l'hypothèse où une aggravation du status neurologique/neurochirurgical devait être retenue, quels sont les éléments médicaux objectifs permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé de la patiente depuis le rapport médical du SMR du 24 octobre 2007 ?**

On ne peut parler d'une aggravation du status neurologique depuis le 24 octobre 2007. La situation médicale est tout au plus changée en raison d'un status après deux interventions pour hernie discale.

- 9. Quel est le traitement médical envisagé à l'heure actuelle ? A plus long terme ?**

Se reporter à l'expertise qui décrit en détail le traitement suivi par l'assurée.

- 10. Quelle est l'influence des diagnostics à caractère neurologique/neurochirurgical sur la capacité de travail de la patiente ?**

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

- 11. En admettant qu'une capacité de travail soit médicalement attestée, quel serait le taux de capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée ?**

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

- 12. Une capacité de travail sur le marché ouvert du travail serait-elle envisageable ?**

Dans l'affirmative, à quelles conditions ?

Oui. Pas de charges lourdes, possibilité d'alterner les positions.

- 13. De manière générale, êtes-vous en mesure de vous rallier au taux de capacité de travail de 20% retenu par le Prof. G. _____ lors de ses différents rapports médicaux des 25 juin et 15 septembre 2014 ? Dans la négative, pour quel(s) motif(s) ?**

Non. L'assurée n'a pas de syndrome déficitaire. Sur le plan neuroradiologique, une compression radiculaire résiduelle n'est de loin pas certaine. Il n'y a pas de signe objectif sur le plan électrophysiologique. Compte tenu de ces éléments, la capacité de travail est supérieure à 20%.

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

En termes de capacité de travail, la réponse est oui.

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

Le pronostic est bon.

- 16. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ?**

Nihil.

A. Questions relevant de la neurochirurgie

- 1. Anamnèse ?**

Il s'agit d'une patiente âgée de 52 ans, qui est connue pour avoir bénéficié en 2012 d'une cure de hernie discale L5-S1 paramédiane droite par le Prof. G. _____ avec une nouvelle récurrence de hernie discale, toujours L5-S1 à droite, opérée en 2013 par le Prof. G. _____.

Les douleurs ont été bien améliorées par la suite mais récurrence de ces dernières en 2014 sous forme de lombalgies principalement, avec de très discrètes irradiations dans la jambe droite, de type brûlure. Pas de claudication neurogène, pas de troubles sphinctériens.

- 2. Plaintes et données subjectives de la patiente ?**

La patiente se plaint essentiellement de lombalgies à caractère plutôt inflammatoire qui irradient peu dans les jambes, essentiellement à type de brûlure. Ces douleurs sont invalidantes sans déficit neurologique nouveau associé aux membres inférieurs.

- 3. Status clinique ?**

Status neurologique : force musculaire à M5 aux membres inférieurs. Pas de déficit sensitif de la sensibilité profonde aux membres inférieurs. La marche est autonome et stable. Pas de douleurs à la palpation des épineuses. La flexion et le redressement du bassin déclenchent des douleurs qui sont comparables (pas de majoration des douleurs au redressement du bassin). On constate un lâchage à la marche sur les talons et la pointe des pieds, essentiellement à droite.

- 4. Diagnostic ?**

D'un point de vue clinico-radiologique, nous retenons comme diagnostic une lombalgie chronique avec un caractère inflammatoire à l'évaluation clinique.

- 5. Quelle a été l'évolution des diagnostics entre ceux posés par les médecins du SMR, lors de leur rapport médical du 24 octobre 2007, et ceux retenus actuellement ?**

De notre point de vue et compte tenu de notre analyse du dossier, autant clinique que radiologique, nous retenons un

diagnostic de lombalgies chroniques avec caractère inflammatoire sans déficit neurologique associé.

6. De même et à plus court terme, quelle a été l'évolution des diagnostics retenus par le Prof. G. _____ lors de ses rapports médicaux des 12 juin 2012 et 21 janvier 2013 et la situation actuelle ?

Le Prof. G. _____ ayant retenu le diagnostic de « cure de hernie discale et récursive de hernie discale », la patiente a effectivement été opérée pour cure de hernie discale et cure de récursive de hernie discale, respectivement en 2012 et 2013. Actuellement, et de notre point de vue, la patiente ne présente pas de radiculopathies irritatives (les douleurs dans les membres inférieurs sont essentiellement de type brûlures soit des douleurs neuropathiques qui ne traduisent pas cliniquement une compression radiculaire active. Elle se plaint essentiellement de lombalgies avec discrètes irradiations de type neuropathique dans les membres inférieurs qui évoquent plutôt un tableau à caractère clinique inflammatoire.

7. Pour le cas où une aggravation du status neurologique/neurochirurgical devait être retenue, à partir de quelle date une telle aggravation pourrait être admise ? S'agit-il d'une aggravation du status neurologique/neurochirurgical à caractère durable ou uniquement passager ?

Une aggravation du status neurologique pourrait se traduire par une faiblesse motrice des membres inférieurs, une baisse de la sensibilité des membres inférieurs, une impossibilité à se tenir debout, des troubles sphinctériens avec une incontinence ou une incontinence versus rétention urinaire/fécale.

De même, une aggravation neurologique pourrait également se traduire par des douleurs de type irritatif (décharges électriques ou coups de poignard), irradiant dans les membres inférieurs, ce qui n'est pas le cas actuellement. Dans le cas d'une péjoration neurologique, quel que soit le délai, nous recommandons une consultation aux urgences de l'Hôpital O. _____ pour évaluation, attitude et prise en charge adéquates.

8. Toujours dans l'hypothèse où une aggravation du status neurologique/neurochirurgical devrait être retenue, quels sont les éléments médicaux objectifs permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé de la patiente depuis le rapport médical du SMR du 24 octobre 2007 ?

Comme précisé dans notre réponse à la question N° 7, une aggravation neurologique objective s'évalue par une faiblesse motrice, une baisse de la sensibilité des membres inférieurs, des troubles sphinctériens évalués anamnestiquement et objectivement, une augmentation des douleurs de type irritatif dans les membres inférieurs avec quelques signes qui pourraient être positifs à la marche, à l'exemple d'un signe de Lasègue.

9. Quel est le traitement médical envisagé à l'heure actuelle ? à plus long terme ?

Le traitement est actuellement une antalgie per os ou parentérale à visée de soulager la patiente. Nous avons également préconisé dans notre rapport précédent de compléter les images afin de faire clairement la part des choses entre une éventuelle composante mécanique associée et d'évaluer ainsi une prise en charge chirurgicale de type fixation lombaire pourrait être indiquée.

10. Quelle est l'influence des diagnostics à caractère neurologique neurochirurgical sur la capacité de travail de la patiente ?

Les douleurs sont handicapantes pour la patiente lors de ses activités quotidiennes, raison pour laquelle nous préconisons, compte tenu des douleurs majeures actuellement, un arrêt de travail d'environ 60% pour son activité de naturopathe à domicile, à réévaluer secondairement à l'évolution de ses douleurs.

11. En admettant qu'une capacité de travail soit médicalement attestée, quel serait le taux de capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée ?

Un taux de travail dans le cadre d'une activité adaptée, soit naturopathe à domicile, serait de l'ordre de 40%.

12. Une capacité de travail sur le marché ouvert du travail serait-elle envisageable ? Dans l'affirmative, à quelles conditions ?

Comme nous l'avons précisé, nous préconisons une activité à 40% dans son activité de naturopathe.

S'agissant du travail ouvert sur le marché du travail, la capacité de travail dépendra essentiellement de la charge et pénibilité du travail en question, sachant toutefois qu'une activité physique tant soutenue que prolongée aggraverait les douleurs lombaires de la patiente.

13. De manière générale, êtes-vous en mesure de vous rallier au taux de capacité de travail de 20% retenu par le Prof. G._____ lors de ses différents rapports médicaux des 25 juin et 15 septembre 2014 ? Dans la négative, pour quel (s) motif (s) ?

De notre point de vue, nous préconisons, comme nous avons répondu à votre question N° 11, un taux de 40% de capacité de travail pour son activité de naturopathe à domicile. Nous avons évalué la patiente cliniquement et cela nous semble raisonnable compte tenu des tests effectués pendant notre examen clinique ; mais cette capacité de travail serait à réévaluer en fonction d'évolution des douleurs une fois qu'elle aura repris son activité.

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

De notre point de vue, depuis 2007 la patiente ayant eu deux interventions chirurgicales par le Prof. G._____ pour cure de hernie et récurrence de hernie discale, elle n'a certes plus des

douleurs de type décharges électriques irradiant dans les membres inférieurs mais il persiste encore des lombalgies. Donc, la situation de 2007, initialement marquée par des douleurs lombaires avec irradiations de type décharges électriques (irritatives dans les membres inférieurs) est différente de la situation actuelle, laquelle se présente surtout sous forme de douleurs lombaires à caractère inflammatoire, avec très peu d'irradiations dans les membres inférieurs. En conclusion, la situation clinique actuelle est différente de celle de 2007.

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

Le pronostic à moyen et à long terme serait une incapacité de travail persistante et prolongée compte tenu des lombalgies handicapantes de la patiente. Notre évaluation clinique et radiologique de ce jour ne met pas en évidence de menace neurologique (radiculaire, médullaire ou sphinctérienne) associée.

16. Toute (s) remarque (s) utile (s) ?

Pas de remarques supplémentaires.

B. Questions relevant de la rhumatologie

1. Anamnèse ?

Cf. paragraphe anamnèse du consilium de rhumatologie du 29 avril 2015.

2. Plaintes et données subjectives de la patiente ?

Cf. consilium de rhumatologie du 29 avril 2015.

3. Status clinique ?

Cf. rubrique status du consilium de rhumatologie du 29 avril 2015.

4. Diagnostics ?

Cf. diagnostics rhumatologiques.

5. Quelle a été l'évolution des diagnostics entre ceux posés par les médecins du SMR lors de leur rapport médical du 24 octobre 2007 et ceux retenus actuellement ?

Cf. appréciation.

6. De même et à plus court terme, quelle a été l'évolution du diagnostic retenu par le Dr H. _____ lors de son rapport médical du 30 avril 2013 et la situation actuelle ?

On ne peut objectiver une progression ou une augmentation de l'activité de la spondylarthropathie séronégative par rapport à avril 2013 (cf. également appréciation).

7. Pour le cas où une aggravation du status rhumatologique devait être retenue, à partir de quelle date une telle aggravation pourrait-elle être admise ?

S'agit-il d'une aggravation du status rhumatologique à caractère durable ou uniquement passagère ?

Pas d'aggravation du status rhumatologique, cf. également rubrique appréciation du consilium de rhumatologie du 29 avril 2015.

8. Toujours dans l'hypothèse où une aggravation du status rhumatologique devait être retenue, quels sont les éléments médicaux objectifs permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé de la patiente depuis le rapport médical du SMR du 24 octobre 2007 ?

D'un point de vue rhumatologique, il n'y a pas d'éléments médicaux objectifs permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé de la patiente depuis le rapport médical du SMR du 24 octobre 2007 (cf. également appréciation de mon consilium de rhumatologie du 29 avril 2015).

9. Quel est le traitement médical envisagé à l'heure actuelle ? A plus long terme ?

Cf. rubrique traitement actuel du rapport d'expertise adressé à Monsieur le Juge J.-F. Neu.

10. Quelle est l'influence des diagnostics à caractère rhumatologique sur la capacité de travail de la patiente ?

Cf. appréciation du consilium de rhumatologie du 29 avril 2015.

11. En admettant qu'une capacité de travail soit médicalement attestée, quel serait le taux de capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée ?

Cf. appréciation.

12. Une capacité de travail sur le marché ouvert du travail serait-elle envisageable ?

Dans l'affirmative, à quelle condition ?

Je ne peux répondre à cette question.

13. De manière générale, êtes-vous en mesure de vous rallier au taux de capacité de travail de 20% retenu par le Docteur H. _____ lors de son rapport médical du 13 octobre 2014 ? Dans la négative, pour quel motif ?

Non, pour ma part, d'un point de vue rhumatologique strict et en admettant les limitations fonctionnelles énoncées dans l'appréciation de mon consilium de rhumatologie du 29 avril 2015, la capacité de travail d'un point de vue médico-théorique, rhumatologique, dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles énoncées, est de 60% en raison de l'absence d'évolution significative de la spondylarthropathie séronégative depuis 2005, et qu'il y a plutôt une baisse de l'activité de cette dernière, puisqu'à l'heure actuelle, il n'y a plus de traitement anti-TNF-alpha, et absence de synovite ou d'atteinte inflammatoire objectivable.

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

Comme mentionné dans l'appréciation de mon consilium de rhumatologie du 29 avril 2015, ce sont essentiellement les douleurs, phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu, phénomène complexe, d'étiologie multifactorielle, avec entre autres également des composantes sensorielles, affectives, émotionnelles et motivationnelles qui diminuent, selon l'expertisée, les capacités fonctionnelles et de travail.

15. Quel est le pronostic à moyen et à long terme des diagnostics posés sur un plan rhumatologique ?

Il n'est pas possible de répondre à cette question de manière précise, sachant que la spondylarthropathie est une maladie dont l'étiologie est indéterminée, pouvant évoluer de manière extrêmement capricieuse et non prévisible. Il existe également des cas de spondylarthropathie dont l'activité a cessé de manière spontanée dans l'évolution avec ou sans traitement, qu'il n'y a à l'heure actuelle pas de traitement curatif de cette affection et que dans d'autres cas, pour des raisons inconnues, la spondylarthropathie évolue vers une ankylose progressive.

16. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ?

Aucune.

C. Questions relevant de l'ensemble des troubles affectant l'état de santé de la patiente

1. Quels sont les diagnostics exerçant une influence sur la capacité de travail de la patiente? Diagnostics sans influence sur la capacité de travail de la patiente ?

Cf. rubrique diagnostics plus haut.

2. De manière générale, est-il possible d'admettre une aggravation notable de l'état de santé de la patiente à partir de l'opération du 31 mai 2012, respectivement à la suite de la récurrence de la hernie discale du mois de janvier 2013 ?

Non, pas au-delà de 6 mois après l'opération de récurrence de hernie.

3. S'agit-il globalement d'une aggravation passagère ou à caractère durable ?

Cette aggravation est passagère (cf. consiliums de neurologie et neurochirurgie).

4. Quel est le taux de capacité de travail de la patiente dans le cadre d'une activité adaptée ? Description détaillée de l'activité adaptée en question.

40%. Cf. plus haut.

5. Pour le cas où ce taux de capacité de travail devrait être supérieur à 20% dans le cadre d'une activité adaptée à l'état de santé de la patiente, quels seraient les motifs permettant de s'écarter des taux de capacité de travail retenus par le Prof. G. _____ lors de ses rapports médicaux des 25 juin et 15 septembre 2014 et le Dr

H. _____ lors de son rapport médical du 13 septembre 2014 ?

Sur le plan de la spondylarthrite ankylosante, nous n'avons actuellement pas de signe de synovite. Les douleurs sont stables malgré l'absence d'un traitement de fond, il n'y a pas de signe scintigraphique pour une atteinte de l'articulation sacro-iliaque. Comme noté dans le consilium de neurologie et de neurochirurgie, nous n'avons pas d'évidence de répercussion clinique de la discrète hernie discale L5-S1 droite, ainsi nous ne pouvons pas retenir une aggravation de l'état de santé avec une telle diminution de la capacité de travail qu'elle n'excéderait pas 20% à partir du 15 juillet 2013.

6. En cas d'admission d'un taux de capacité de travail supérieur à 20%, quels seraient les aménagements à prévoir en vue de mettre à profit une telle capacité résiduelle de travail ?

Cf. restrictions notées plus haut.

7. Une telle capacité résiduelle de travail serait-elle envisageable sur le marché ouvert du travail ?

Oui, notamment en tant que thérapeute énergétique indépendante telle qu'envisagée par Madame N. _____ et déjà exercée.

8. Quel pourrait être le pronostic à moyen et long terme des différents diagnostics retenus sur le plan de la capacité de travail de la patiente ?

Cf. réponse à la question 15 du consilium de rhumatologie. Au plan neurochirurgical, le pronostic est bon étant donné qu'il n'y a pas d'indication à une nouvelle intervention neurochirurgicale de manière évidente et pas de répercussion clinique objectivable du débord herniaire constaté à l'IRM lombaire du 29 avril 2014. De plus l'expertisée a surtout été soulagée par une infiltration locale et la physiothérapie.

9. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ?

Nihil. »

Une copie du rapport d'expertise a été transmise à chacune des parties pour détermination.

Par écriture du 18 août 2015, la recourante a formulé diverses critiques à l'encontre de l'expertise réalisée par les médecins de la Polyclinique Médicale T. _____. Estimant qu'un complément d'expertise était nécessaire, elle a joint un questionnaire complémentaire destiné à remédier aux lacunes contenues selon elle dans le rapport du 7 juillet 2015.

De son côté, l'office AI a constaté dans une lettre du 20 août 2015 que les conclusions de l'expertise rejoignaient celles rendues en été

2014 par le Service médical régional. Il a relevé qu'après une aggravation de l'état de santé courant 2012 avec reconnaissance d'une invalidité totale, la situation était à nouveau stabilisée avec une amélioration de l'état de santé notée à mi-juillet 2013 et un retour à la capacité de travail de 40% retenue en décembre 2007. Il a une nouvelle fois proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

L'office AI s'est une nouvelle fois déterminé en date du 8 octobre 2015.

Ensuite du dépôt des déterminations, le magistrat instructeur a écrit à la Dresse C. _____ une lettre datée du 4 novembre 2015, dont on extrait les passages suivants :

« Conformément à la procédure, les parties ont été invitées à se déterminer sur ce rapport. La recourante, par écrit du 18 août 2015, a produit un questionnaire complémentaire, fondé sur un certain nombre de rapports médicaux [il s'agit des quatre pièces produites à l'appui de la réplique du 17 novembre 2014, ndlr] dont elle entend s'assurer que vous en avez pris connaissance. Par acte du 8 octobre 2015, l'OAI a émis le souhait formulé par le SMR d'être renseigné sur l'intensité du suivi médical postérieurement à votre rapport. Une copie de ces écritures est jointe à la présente, pour votre complète information.

Cela étant, il est fait droit à la requête de la recourante, tendant à compléter l'instruction en clarifiant certaines considérations ressortant des rapports médicaux dont vous n'auriez peut-être pas eu connaissance et qui pourraient avoir une incidence quant à votre appréciation du cas et à vos conclusions.

Dès lors, nous vous saurions gré de bien vouloir procéder à ce complément d'expertise en répondant à ces interrogations. »

En réponse au questionnaire de la recourante, les Dresses C. _____ et P. _____ ont déposé en date du 22 décembre 2015 un complément d'expertise à la teneur suivante :

« Question 1 du questionnaire complémentaire déposé par la recourante par Me D. Métille :

Est-ce que les experts peuvent confirmer le fait qu'ils étaient bien en possession des documents médicaux suivants :

Rapport médical du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie FMH, du 25 juin 2014 :

Oui. Ce rapport est une lettre de sortie d'hospitalisation en chirurgie à la Clinique E. _____ du 23 juin au 25 juin 2014 pour un iléus sur fécalome. Cet élément figure à la page 6 de notre rapport, tout à la fin de la rubrique « anamnèse personnelle ». A la page 22 de notre rapport, soit dans la discussion expliquant les problèmes avec limitations fonctionnelles et répercussions sur une éventuelle capacité de travail, nous avons relevé qu'il y a eu cette courte hospitalisation en juin 2014 pour subiléus sur constipation mais que ce problème était résolu et ne constituait pas une raison d'incapacité de travail au long cours.

Concernant le rapport médical du Dr K. _____, spécialiste en médecine interne et réhabilitation FMH, du 17 août 2014 :

Ce rapport est décrit dans la rubrique « affection actuelle » au chapitre du problème lombaire, en page 7 de notre rapport d'expertise. Par souci de clarté pour comprendre mieux les consultations effectuées pour les lombalgies et par souci de chronologie, nous avons mis la description du rapport médical du Dr K. _____ dans cette rubrique de l'expertise plutôt que dans les extraits de dossiers.

En ce qui concerne le rapport médical du Prof. G. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 15 septembre 2014 :

Nous n'avons pas cité ce rapport en tant que tel dans les extraits du dossier, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un examen médical, de constatations cliniques, avec observation et rapport médical adressé à un autre médecin. Il s'agit d'une remise en question d'avis du médecin SMR. Le Dr G. _____ insiste sur le fait que son avis diverge de l'avis du médecin SMR et qu'il estime une incapacité de travail actuelle définitive à au moins 80%. Cette lettre, adressée à la demande de D. Métille à son intention, a été prise en compte dans notre rapport d'expertise, en page 4 dans le paragraphe « recours contre la décision AI par Mme N. _____ par le biais de Me D. Métille, avocat à Lausanne, le 17 novembre 2014 ». Les remarques du Prof. G. _____, qui figurent dans sa lettre à l'intention de Me D. Métille en date du 15 septembre 2014 sont retranscrites dans ce paragraphe. Dans notre rubrique « discussion », nous expliquons nos constatations cliniques et les répercussions sur la capacité de travail en fonction aussi des récents examens neurochirurgicaux et neurologiques, ainsi que rhumatologiques et discutons la divergence d'appréciation entre notre avis et celui qui ressort de l'appréciation du Dr G. _____ exprimée dans sa lettre du 15 septembre 2014.

En ce qui concerne le rapport médical du PD Dr H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 13 octobre 2014 :

Pour les mêmes raisons que cité ci-dessus, nous n'avons pas détaillé ce rapport du Dr H. _____ du 13 octobre 2014 à l'intention de Me D. Métille mais confirmons que nous avons bien pris connaissance de tout ce rapport dans l'étude du dossier médical de Madame N. _____. Le Dr H. _____ estime que l'incapacité de travail de Madame N. _____ est complète, c'est-à-dire « supérieure à 70% au

moins et ce quelle que soit l'activité envisagée compte tenu des atteintes multiples et des limitations qui y sont associées, c'est-à-dire une spondylarthrite ankylosante associée à une maladie de Crohn avec atteinte axiale et périphérique et des douleurs lombo-abdominales dans un status post multiples interventions avec une lombo-sciatalgie invalidante résiduelle avec douleurs neuropathiques sévères récidivantes après deux cures de hernie discale ». Nous avons bien intégré le fait que l'avis du Dr H. _____ est divergent de celui du médecin SMR et que c'est justement la base du recours de Me Métille contre la décision AI (cf. rubrique « recours contre la décision AI par Mme N. _____ par le biais de Me Métille, avocat à Lausanne, le 17 novembre 2014 », en page 4 de notre expertise). A noter que le Dr H. _____ donne son point de vue concernant toutes les atteintes à la santé de Madame N. _____, qui sortent de son champ d'appréciation rhumatologique, dans la lettre du 13 octobre 2014. L'objet de notre expertise est précisément de discuter les diverses atteintes à la santé de Madame N. _____ et leurs répercussions fonctionnelles (cf. notre discussion globale).

Dans l'affirmative, pour quel motif les experts n'en ont-ils pas fait état dans le cadre du résumé des pièces du dossier, respectivement des radiographies à disposition ?

Comme noté plus haut, toutes les considérations des médecins qui figurent dans les 4 rapports médicaux ont été prises en considération dans notre discussion globale. Les diverses IRM lombaires ont été en particulier examinées en détails par les neurochirurgiens (cf. consultations spécialisées de notre expertise). Les examens radiologiques ont été aussi décrits dans la consultation spécialisée du Dr D. _____, en page 13 de notre expertise, et aussi par le neurologue, lors de sa consultation spécialisée, soit avec description en page 18 de notre expertise.

Question 2: pour le cas où les experts ne devaient pas être en possession de ces documents médicaux, est-ce que ceux-ci sont susceptibles de modifier leur appréciation en ce qui concerne les diagnostics à retenir et leurs répercussions sur la capacité de travail ?

Cette question tombe, cf. réponse à la question précédente.

Question 3 : est-ce qu'en confortant l'IRM lombaire du 29 avril 2014 avec celle effectuée en janvier 2015, étant précisé que cette dernière se rapportait exclusivement à la colonne cervicale face, oblique, postérieure gauche, droite et profil, les experts confirment avec un degré confinant à la certitude l'existence d'un conflit radiculaire S1 droit ?

Cette question est difficilement compréhensible, étant donné qu'il n'y a pas de rapport entre les cervicalgies et le conflit radiculaire S1 droit et donc les radios cervicales ne peuvent pas être comparées à l'IRM lombaire du 29 avril 2014.

Question 4 : en admettant que le conflit radiculaire S1 devait néanmoins être retenu, est-ce que son impact sur le taux d'incapacité de travail pourrait être au moins de 10%, ceci

compte tenu des éventuelles douleurs supplémentaires qu'il pourrait entraîner ?

Pour répondre à cette question, nous nous référons à notre discussion globale, en particulier à la page 23 où nous discutons et confrontons les examens radiologiques, notamment l'IRM du 29 avril 2014 qui montre une récurrence de hernie discale paramédiane droite en L5-S1 (cette constatation est radiologique) et l'absence de souffrance radiculaire S1 droite aiguë au plan clinique. Même s'il n'y a pas de souffrance clinique aiguë liée à la hernie radiologique, nous n'avons en aucun cas exclu le fait qu'il puisse y avoir des douleurs lombaires dans le contexte du status après opération de hernie et de la spondylarthrite ankylosante (cf. discussion globale) et donc qu'il y ait une répercussion sur la capacité de travail, avec une incapacité que nous estimons globalement de 60%, comme discuté en page 24 de notre expertise.

Question 5: toujours en se fondant sur l'IRM lombaire du 29 avril 2014, est-ce que les discopathies aux 3 derniers étages lombaires caractérisées par une dessiccation pourraient engendrer des douleurs et par la même occasion également influencer sur le taux d'incapacité de travail de la patiente ? Dans l'affirmative, à concurrence de quel taux ?

Comme noté plus haut, cette IRM lombaire a été interprétée en particulier par le neurologue, Dr B._____, et le Dr A._____, neurochirurgien (cf. rubrique « consultations spécialisées »). Les discopathies aux trois derniers étages lombaires font partie intégrante du diagnostic principal noté en page 20 de notre expertise, soit les lombo-pyralgies multifactorielles avec syndrome radiculaire S1 droit séquellaire non déficitaire et la spondylarthropathie. Les répercussions des douleurs liées à ces pathologies et leurs répercussions fonctionnelles ont été prises en compte dans notre appréciation d'une incapacité de travail conséquente, de 60%. Nous précisons encore que le terme dessiccation est une description radiologique correspondant à une atteinte discale qui est évidente chez Madame N._____ puisqu'elle a été opérée à plusieurs reprises d'hernie discale. Une incapacité de travail n'est pas définie en fonction de constatations radiologiques seules. Globalement, l'incapacité de travail de 60% tient compte du problème mécanique, versus inflammatoire, global de la colonne lombaire, avec notamment toutes les constatations radiologiques et cliniques qui s'y rapportent (cf. discussion globale).

Question 6 : est-ce que l'importante amyotrophie sur le plan musculaire est susceptible d'engendrer des douleurs supplémentaires ?

Elles engendrent des douleurs comprises dans notre évaluation de la capacité de travail de 40%. Il n'y a donc pas de taux supplémentaire d'incapacité de travail à ajouter.

Cet élément est intégré dans l'examen clinique et l'appréciation des documents radiologiques, tant par l'interniste que par les spécialistes, en particulier rhumatologue. Cela contribue à expliquer une incapacité de travail que nous avons estimée à 60%. Cet élément est d'ailleurs susceptible d'amélioration avec de la

physiothérapie et un reconditionnement musculaire, ce qui est déjà en train d'être effectué par le traitement chez le Dr K._____.

Dans l'affirmative, est-ce que l'amyotrophie serait susceptible de conduire à un taux plus élevé d'incapacité de travail dans une activité adaptée ? Si oui, de quel taux?

Il s'agit d'un taux global de 60% mais il n'y a rien à ajouter car cet élément est intégré dans le diagnostic principal.

Question 7 : est-ce que les experts peuvent confirmer que la patiente n'a aucunement exagéré les plaintes liées à ses douleurs au niveau S1, ainsi qu'en rapport avec la spondylarthrite ankylosante ?

Les plaintes de Madame N._____ sont en concordance avec nos constatations cliniques. Nous n'avons pas d'évidence de simulation.

Question 8 : quel serait le taux d'incapacité de travail de la patiente dans le cadre d'une activité adaptée en tenant compte de l'ensemble des douleurs émises par la patiente ?

L'ensemble des douleurs est noté dans la rubrique « descriptif des plaintes actuelles » et encore discuté quant à son origine au plan rhumatologique et neurologique dans la « discussion ». Cette douleur, dans sa globalité, amène, à notre avis, à une incapacité de travail de 60%. D'autre part, nous discutons dans la rubrique « appréciation du cas », en page 22, que la maladie de Crohn est stable et que cela ne constitue pas de raison d'incapacité de travail au long cours.

Question 9 : toute autre remarque utile :

Nihil.

Description de l'intensité du suivi médical depuis l'expertise judiciaire [de la] Polyclinique Médicale T._____ du printemps 2015, en particulier avec la liste des consultations médicales par date et par spécialité du 1^{er} juin 2015 au 20 septembre 2015 :

Le 8 décembre 2015, Dre P._____ a téléphoné au médecin traitant, Dr X._____, médecin traitant à R._____ : le suivi médical, après notre expertise, a eu lieu avec des consultations effectuées à son cabinet les 4 juin, 2 juillet, 27 août, 1^{er} octobre, 9 novembre, 12 novembre, 3 décembre et 7 décembre. Les motifs des consultations étaient soit le contrôle des valeurs tensionnelles, des symptômes digestifs avec ballonnements ou encore les lombalgies.

Il y a eu un téléphone le 10 décembre 2015 au secrétariat du Dr K._____, où nous avons obtenu les renseignements concernant le suivi médical. Le Dr K._____ a émis 2 bons de physiothérapie de 9 séances, l'une le 9 mars 2015 (avant notre expertise) et le dernier le 13 juillet 2015 (9 séances de physiothérapie en piscine). Le Dr K._____ a vu Madame N._____ les 11 mai, 13 juillet et 14 octobre 2015. La lecture des notes du Dr K._____ par sa secrétaire, est que le 14 octobre 2015 « l'évolution est favorable ».

Après téléphone au secrétariat du Dr H._____, rhumatologue à Z._____, le 10 décembre 2015, il s'avère que Madame N._____ a eu deux consultations chez le rhumatologue postérieurement à notre expertise, soit les 14 août et 1^{er} décembre 2015. Lors de la consultation de décembre, les notes du Dr H._____ sont « la situation est stable et acceptable sous Irfen et Dafalgan, avec une situation tolérable, sans récurrence, en particulier du problème rachidien et de la sciatalgie ».

Un téléphone le 11 décembre 2015 à la secrétaire du Dr Q._____, gastroentérologue, nous apprend que Madame N._____ a été vue en consultation le 17 novembre 2015 pour contrôle sans modification de traitement. Le prochain contrôle est prévu le 7 juin 2016. »

Le 25 janvier 2016, l'office AI a fait savoir que le complément d'expertise confirmait les conclusions du rapport du 7 juillet 2015, de sorte qu'il proposait derechef le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse.

S'exprimant une ultime fois par écriture du 29 janvier 2016, la recourante fait valoir que les experts auraient sous-estimé l'intensité réelle de ses douleurs, précisant qu'aucun signe d'exagération n'avait été évoqué au cours de l'expertise. Ils auraient en outre méconnu l'importance du suivi médical, des séances de physiothérapie ainsi que de la médication. La recourante considère que le cumul des différentes affections dont elle souffre ne peut que conduire à un taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée supérieur à 60%. Se référant enfin à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 et 9C_804/2014 du 16 juin 2015), la recourante estime qu'une capacité résiduelle de travail de 40% ne saurait être mise en œuvre sur le marché ouvert du travail. Elle se prévaut à cet égard de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral dans la cause 9C_984/2008 le 4 mai 2009 dans lequel il avait admis que la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (fixée médicalement à 50%) ne pouvait être mise en valeur que dans des conditions particulièrement restreintes. Partant, elle déclare maintenir ses conclusions.

Le 2 février 2016, cette écriture a été transmise pour information à l'office AI, qui n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2013.

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

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c 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 la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve

ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Puisque le présent litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps suivie d'une réduction à trois quarts de rente, il convient de rappeler les principes jurisprudentiels en la matière.

Les règles et principes jurisprudentiels sur la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.5; voir également ATF 133 V 545) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.1). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; 112 V 371 consid. 2b,

387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b et les références ; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence).

4. a) Dans sa décision du 18 septembre 2008, l'office AI avait reconnu le droit de l'assurée à un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2006 sur la base d'un degré d'invalidité de 60%. Il s'était fondé sur l'examen clinique chirurgico-rhumatologique réalisé au SMR en date du 23 octobre 2007 par les Drs L._____ et V._____. Ceux-ci avaient retenu les diagnostics incapacitants de spondylarthrite ankylosante et de douleurs abdominales dans le cadre d'un status après plusieurs interventions chirurgicales abdominales. Pour l'essentiel, les limitations fonctionnelles retenues consistaient en la possibilité d'alterner les positions assise et debout ainsi que l'exclusion du soulèvement et du port

régulier de charges excédant 5, respectivement 8 kilos. Il s'agissait également d'éviter la marche en terrain irrégulier ainsi que le franchissement répété d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Ils avaient ainsi considéré que la profession de secrétaire exercée alors par l'assurée était adaptée à son état de santé au vu de la spondylarthrite ankylosante et des douleurs abdominales présentées et avaient fixé à 40% la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, taux qui correspondait globalement à celui assumé par l'assurée à ce moment-là.

En l'absence de changement sur le plan médical, l'office AI a maintenu le versement d'un trois quarts de rente basée sur un degré d'invalidité de 60% à l'issue de la révision engagée en 2010 (communication du 22 février 2011).

Lors de la révision d'office que l'office AI a mis en œuvre au mois d'avril 2013, l'assurée a fait état d'une intervention chirurgicale pratiquée le 31 mai 2012 en raison d'une hernie discale droite L5-S1 avec douleurs dans la fesse et le membre inférieur droit, suivie d'une nouvelle opération en date du 15 janvier 2013, motivée par une récurrence de la symptomatologie douloureuse. Sur la base des renseignements médicaux recueillis, l'office AI a retenu, dans la décision dont est recours du 25 juillet 2014, une aggravation transitoire de l'état de santé de l'assurée du 31 mai 2012 (date de la première cure de hernie discale) au 12 juillet 2013, date de la dernière consultation auprès du Dr H._____. Durant cette période, il a considéré que la capacité de travail de l'intéressée était nulle, d'où le versement d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2013 (date à laquelle la révision d'office a été engagée) au 31 octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration constatée. Dès le 1^{er} novembre 2013, l'office AI reprenait le versement d'un trois quarts de rente. Dans l'intervalle, l'assurée avait changé de profession pour devenir thérapeute énergétique à titre indépendant, activité qu'elle avait reprise au mois de juillet 2013 à un taux oscillant entre 20 et 40%.

b) L'assurée conteste la manière de voir de l'administration en invoquant une péjoration durable de son état de santé. A l'appui de sa

thèse, elle fait valoir que de nouveaux diagnostics ont été posés depuis 2007 et qu'à cette époque elle ne souffrait d'aucune limitation au niveau lombaire. En outre, son état se serait dégradé dès le début de l'année 2014 à la suite d'une coloscopie qui n'aurait pas réussi. Par ailleurs, selon une IRM lombaire du 29 avril 2014, elle présenterait une récurrence de hernie discale L5-S1 droite, à laquelle s'ajouterait une maladie de Crohn diagnostiquée en février 2014 accompagnée de problèmes digestifs. S'appuyant sur les avis de ses médecins traitants, Dr H. _____ et Prof. G. _____, la recourante en infère une capacité de travail n'excédant pas 20% dans une activité adaptée. Ensuite de la production de quatre pièces médicales en réplique, l'office AI, par l'intermédiaire de son SMR, a convenu que deux d'entre elles étaient susceptibles d'infléchir la position adoptée dans ses avis précédents. Le magistrat instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne, de rhumatologie ainsi que neurologique/neurochirurgicale auprès du Centre d'expertises J. _____ de la Policlinique Médicale T. _____ en vue de déterminer, d'une part, si une aggravation durable de l'état de santé de la recourante pouvait être retenue postérieurement au 31 octobre 2013 et, d'autre part, dans quelle mesure la capacité de travail de l'intéressée s'en trouvait affectée.

5. a) Dans leur rapport du 7 juillet 2015, les experts relèvent que, sur le plan rhumatologique, l'assurée présente une spondylarthropathie séronégative, HLA-B27 positive, de type arthrite antéropathique (de Crohn), dont l'activité est difficilement évaluable, le diagnostic ayant été retenu essentiellement en raison de la forte intensité douloureuse avec faible corrélation radioclinique puisque les signes de sacro-iliite sont plutôt modérés et comprennent les deux pieds des sacro-iliaques, avec peut-être une légère prédominance à droite. Le rhumatologue Dr D. _____ note qu'il n'y a pas eu par le passé ni actuellement de forte activité inflammatoire humorale et que les traitements de fond de la spondylarthropathie séronégative ont été accompagnés d'intolérance et qu'ils ont finalement été abandonnés par le rhumatologue traitant (Dr H. _____), compte tenu finalement du peu d'activité de la spondylarthropathie. Les douleurs lombaires étant décrites comme plutôt

d'origine mécanique dans ce contexte, la spondylarthropathie n'explique selon lui pas de manière satisfaisante et prépondérante l'intensité de la symptomatologie douloureuse, à savoir essentiellement les lombopseudosciatalgies droites qui ont surtout été attribuées à une discopathie L5-S1. D'autre part, il n'y a pas d'évidence clinique ou anamnestique de synovite récidivante des articulations périphériques. Selon les experts, les douleurs lombaires basses irradiant en région sacro-iliaque bilatérale et particulièrement dans la fesse droite ont surtout été mises en relation avec une hernie discale L5-S1 droite. Ils rappellent que, le 31 mai 2012, l'assurée a été opérée une première fois d'une hernie discale L5-S1 droite avec une évolution totalement favorable. A la fin de l'année 2012, les douleurs récidivent et l'assurée est à nouveau opérée le 15 janvier 2013 avec reprise d'hémilaminectomie L5-S1 droite, cure de hernie et nouvelle discectomie. L'évolution est à nouveau tout à fait favorable, ce que l'assurée confirme en évoquant un « résultat miraculeux ». Néanmoins, en mars 2014, les douleurs lombaires en barre irradiant dans la fesse droite réapparaissent. Il n'y a toutefois pas d'irradiation distale ni de paresthésies associées. Subjectivement, l'expertisée décrit une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse et la possibilité de reprise d'activité quotidienne de base à partir d'août 2014, après une infiltration périurale.

Le Dr D._____ explique encore qu'au jour de l'examen, l'assurée présente essentiellement une symptomatologie douloureuse chronique récidivante de l'appareil locomoteur dans le cadre de douleurs abdominales chroniques d'étiologie vraisemblablement multifactorielle. Sans mettre en doute l'authenticité des plaintes, il relève que ce sont pour l'essentiel les douleurs, phénomène subjectif complexe, non mesurable, propre à chaque individu, auquel s'associent des composantes sensorielles, affectives, émotionnelles et motivationnelles, qui diminuent, selon l'expertisée, les capacités fonctionnelles.

b) En ce qui concerne la maladie de Crohn, les experts observent que la coloscopie effectuée en février 2014 a confirmé la présence d'une iléite érosive compatible avec une maladie de Crohn iléale

légère, étant donné la présence d'érosions plusieurs semaines après l'arrêt de toute consommation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Compte tenu du peu de symptomatologie de la maladie de Crohn, tout traitement de fond est interrompu, une intolérance aux traitements de Pentasa ayant été mise en évidence antérieurement. Au jour de l'expertise, les symptômes digestifs consistent surtout en une constipation chronique et des crampes abdominales, mais qui sont présentes déjà depuis 1997 suite à une hémicolectomie droite effectuée en raison d'une péritonite stercorale à cause d'une perforation du caecum. Les experts considèrent que la constipation s'est toutefois améliorée, surtout depuis l'arrêt du traitement d'opiacés pris en raison des lombosciatalgies. Ils notent encore une brève hospitalisation en juin 2014 pour sub-iléus sur constipation, justement dans le contexte de la prise d'opiacés. Ce problème est cependant résolu et ne constitue pas une raison d'incapacité de travail au long cours. En résumé, la maladie de Crohn est décrite, à l'instar du gastro-entérologue traitant, comme peu active et ne nécessitant pas de traitement de fond.

c) Au plan neurologique, l'examen spécifique effectué par l'expert Dr B. _____ n'a pas permis de mettre en évidence de syndrome lombovertébral significatif ni de signe radiculaire irritatif. En effet, les manœuvres de Lasègue sont rigoureusement négatives. En dehors d'un émoussement du réflexe achilléen droit, il n'y a pas de déficit radiculaire et l'électromyogramme du membre inférieur droit s'est révélé normal. En particulier, cet examen a permis d'exclure une éventuelle souffrance radiculaire S1 droite aiguë. Sur le plan neuroradiologique, l'IRM du 29 avril 2014 met en effet en évidence une récurrence de hernie discale paramédiane droite en L5-S1, mais de petite taille. Un éventuel conflit radiculaire sous-jacent n'est donc pas certain. L'examen effectué par le neurochirurgien Dr A. _____ est tout à fait concordant avec celui du neurologue. Le conflit radiculaire sur la racine S1 droite sur les différentes imageries IRM de 2012 et la dernière d'avril 2014 ne se traduit pas cliniquement par une souffrance radiculaire neurologique. En fin de compte, selon le Dr B. _____, l'assurée présente des lombalgies en barre, et des douleurs fessières droites, probablement multifactorielles, en

relation avec une maladie rhumatismale, et en particulier une sacro-iléite droite, associée à une petite récurrence de hernie discale à la hauteur de L5-S1 à droite. Une composante radiculaire n'est pas certaine. Si celle-ci devait être retenue, il conviendrait de considérer qu'elle est de faible importance en l'absence de répercussions cliniques et myographiques significatives.

Afin d'évaluer l'indication et surtout les chances de succès d'une éventuelle chirurgie du rachis lombaire, le neurochirurgien consultant Dr A. _____ a proposé de tenter de faire la part entre une composante inflammatoire ou mécanique concernant les lombalgies. L'anamnèse ne permet pas de faire la part claire entre les deux car la douleur est tantôt de caractère inflammatoire, c'est-à-dire surtout la nuit avec une augmentation de la douleur au repos, tantôt de caractéristique plutôt mécanique, à la marche prolongée. Le neurochirurgien prénommé relève que l'IRM du 29 avril 2014 ne montre pas de sagittalisation majeure des articulaires postérieures L4-L5 ou L5-S1 bilatéralement et qu'il n'y a pas de listhésis au niveau lombaire sur les différentes séquences IRM. Les experts en déduisent que cela parle peu en faveur de douleurs à caractère mécanique et de ce point de vue, une prise en charge chirurgicale n'aurait pas de grande chance d'améliorer les douleurs lombaires de l'expertisée. Pour étayer l'analyse du neurochirurgien, ils envisagent la réalisation d'une nouvelle IRM du rachis lombaire avec et sans injection de gadolinium, à la recherche de prise de contraste diffuse et afin d'investiguer la prise de contraste du débord discal visualisé en L5-S1 à droite. Ils évoquent également la possibilité de réaliser des radiographies dynamiques du rachis lombaire, en flexion et extension de profil, afin de rechercher une hypermobilité segmentaire au niveau lombaire. Une instabilité orienterait vers une éventuelle attitude chirurgicale.

Néanmoins, les experts relèvent que jusqu'au jour de l'expertise, les neurochirurgiens, dont le Prof. G. _____, étaient plutôt réservés quant à un nouveau traitement chirurgical, ce qui était également l'avis du Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation à la Clinique I. _____ à [...] qui avait examiné l'assurée en

août 2014. Le rhumatologue Dr D._____ exprime aussi des réserves quant à une nouvelle intervention chirurgicale si celle-ci avait un but antalgique uniquement et en l'absence de signe clinique ou paraclinique clair, notamment déficitaire ou irritatif neurologique. De son côté, l'assurée elle-même est réticente quant à une telle attitude chirurgicale et note une nette amélioration des lombalgies avec le traitement de physiothérapie effectué de septembre 2014 à février 2015 et surtout après l'infiltration d'août 2014.

6. a) Sur la base des éléments cliniques recueillis et des données à sa disposition, le Dr D._____ estime à l'issue de son examen que, d'un point de vue rhumatologique, il n'y a pas d'évolution significative d'une atteinte anatomique structurelle de la spondylarthropathie depuis 2005. Pour leur part, les experts confirment que la spondylarthrite ankylosante est stable depuis 2012 (date de la dernière infiltration de la sacro-iliaque droite). De même, les douleurs sont stables malgré l'absence d'un traitement de fond. Il n'y a par ailleurs pas de signe de synovite ou de signe scintigraphique pour une atteinte de l'articulation sacro-iliaque. De ce fait, ils ne peuvent ainsi pas objectiver une progression ou une augmentation de l'activité de la spondylarthropathie séronégative depuis le rapport dressé par le Dr H._____ en date du 30 avril 2013. Ainsi, en l'absence d'éléments médicaux objectifs, les experts concluent qu'il n'y a pas d'aggravation du status rhumatologique de l'assurée depuis le rapport médical rendu par les Drs L._____ et V._____ le 24 octobre 2007.

b) Sur le plan neurologique, respectivement neurochirurgical, les experts de la Polyclinique Médicale T._____ observent qu'en 2007, la situation était marquée par des douleurs lombaires avec irradiations de type décharges électriques (irritatives dans les membres inférieurs) alors que la situation au jour de l'expertise se présente surtout sous la forme de douleurs lombaires à caractère inflammatoire, avec très peu d'irradiations dans les membres inférieurs. Ils en concluent que la situation clinique prévalant en 2015 est différente de celle existant en 2007. Cela étant, une aggravation neurologique objective s'évalue par une faiblesse motrice, une baisse de la sensibilité des membres inférieurs, des troubles

sphinctériens évalués anamnestiquement et objectivement, une augmentation des douleurs de type irritatif dans les membres inférieurs avec quelques signes qui pourraient être positifs à la marche, à l'exemple d'un signe de Lasègue. Or, le status neurologique clinique fait état d'une force musculaire à M5 aux membres inférieurs, soit un degré normal. Il n'y a pas de déficit sensitif de la sensibilité profonde aux membres inférieurs. La marche est autonome et stable. Il n'y a pas de douleurs à la palpation des épineuses. Aucune claudication neurogène n'est relevée, pas plus que des troubles sphinctériens. Par ailleurs, les experts n'ont pas d'évidence de la répercussion clinique de la discrète hernie discale L5-S1 droite. De plus, la patiente ne présente pas de radiculopathies irritatives (les douleurs dans les membres inférieurs sont essentiellement de type brûlures, soit des douleurs neuropathiques qui ne traduisent pas cliniquement une compression radiculaire active). L'assurée se plaint essentiellement de lombalgies avec discrètes irradiations de type neuropathique dans les membres inférieurs, ce qui évoquerait plutôt un tableau à caractère clinique inflammatoire, fondant le diagnostic de lombalgies chroniques avec caractère inflammatoire sans toutefois qu'un déficit neurologique leur soit associé. Ainsi, sans aller jusqu'à reconnaître à proprement parler une aggravation du status neurologique depuis le 24 octobre 2007, les experts retiennent que la situation médicale est tout au plus changée en raison d'un status après deux interventions pour cure de hernie discale et récurrence de hernie discale respectivement en 2012 et 2013. A l'instar des médecins du SMR, ils estiment cependant que l'aggravation n'est que passagère et qu'elle ne saurait perdurer au-delà de six mois après l'opération de récurrence de hernie discale réalisée le 15 janvier 2013. Relevant encore que, selon le Dr H. _____, la situation s'est relativement améliorée dès la mi-juillet 2013, les experts la considèrent comme stabilisée au 31 octobre 2013. Par rapport à 2007, la seule aggravation sous l'angle neurologique est l'apparition d'un émoussement du réflexe achilléen droit. Cela étant, il s'agit d'un signe minime, vraisemblablement durable.

c) En définitive, les experts de la Policlinique Médicale T. _____ considèrent qu'il n'y a pas de documentation objective

neurologique, neurochirurgicale ou rhumatologique permettant d'admettre l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée au-delà du 31 octobre 2013. Certes, en mars 2014, l'intensité des lombalgies, qui s'étaient améliorées entre temps, est à nouveau plus forte, jusqu'à l'infiltration lombaire effectuée en août de la même année et parallèlement à l'instauration d'un traitement de physiothérapie. Concernant cette récurrence douloureuse, les experts n'ont toutefois pas été en mesure de démontrer d'aggravation neurologique/neurochirurgicale, qui aurait impliqué la présence de signes neurologiques déficitaires ou irritatifs sciatiques au moins dans le territoire L5-S1, rejoignant en cela les constatations cliniques du Prof. G._____. Ils ajoutent qu'une compression radiculaire n'est de loin pas certaine et qu'il n'y a pas non plus de signe sur le plan électrophysiologique.

d) S'agissant de l'appréciation des répercussions des atteintes à la santé présentées par l'assurée sur sa capacité de travail, les experts retiennent que les limitations fonctionnelles neurologiques - neurochirurgicales sont les mêmes que celles induites par l'affection rhumatologique, laquelle comprend la maladie de Crohn qui lui est associée. Elles consistent pour l'essentiel en l'absence de ports de charges lourdes et la possibilité d'alterner les positions assise et debout. Quant aux douleurs, les experts relèvent que ce sont essentiellement ces dernières qui diminuent, aux dires de l'assurée, ses capacités fonctionnelles et de travail. Ils s'efforcent dès lors d'en tenir compte dans leur appréciation de la capacité de travail exigible. Cela étant, ils soulignent que l'anamnèse et l'examen pratiqué par l'interniste n'ont pas mis en évidence de symptômes ou de signes parlant pour un état dépressif ou un trouble somatoforme persistant. L'assurée montre en outre de bonnes ressources adaptatives, n'est pas ralentie au plan psychomoteur, a pu préserver une vie familiale, sociale et personnelle et a même pu mettre sur pied des projets professionnels comme thérapeute indépendante à domicile, raisons pour lesquelles ils considèrent que le pronostic est bon. Ainsi, compte tenu des constatations opérées pendant l'examen clinique réalisé dans le cadre de chacune des consultations spécialisées ainsi que des douleurs présentées au jour de l'expertise, les experts fixent à 40% dès le

1^{er} novembre 2013 la capacité de travail de l'assurée dans son activité de thérapeute à domicile indépendante, considérée comme adaptée à son état de santé, étant précisé qu'une activité physique soutenue et prolongée aggraverait ses douleurs lombaires. A cet égard, les experts indiquent que, une fois le travail repris, les douleurs devront faire l'objet d'une réévaluation ultérieure, éventuellement sous la forme d'une prise en charge chirurgicale de type fixation lombaire.

7. Par écriture du 18 août 2015, la recourante formule diverses observations à l'endroit du rapport déposé par les experts le 7 juillet 2015, ce qui l'a conduit à dresser un questionnaire complémentaire à soumettre aux experts en vue d'obtenir des précisions de leur part à propos des points mis en exergue dans ses déterminations. Ayant fait droit à la requête de la recourante, le magistrat instructeur a invité les experts de la Polyclinique Médicale T._____ à procéder à ce complément d'expertise en répondant aux questions rédigées à leur intention. Celles-ci concernent pour l'essentiel le point de savoir si les experts ont eu connaissance des quatre rapports médicaux produits par la recourante en réplique, l'interprétation de l'IRM lombaire du 29 avril 2014, l'influence des douleurs sur la capacité de travail ainsi que le suivi médical dont l'assurée a fait l'objet postérieurement au dépôt du rapport d'expertise.

Dans leur complément d'expertise du 22 décembre 2015, les Dresses C._____ et P._____ confirment avoir été en possession des quatre rapports médicaux auxquels la recourante se réfère dans son questionnaire. Elles expliquent avoir eu ces rapports à leur disposition, en avoir pris connaissance et confronté leur contenu avec leurs propres constatations cliniques. Elles soulignent également avoir discuté les répercussions de ces dernières sur la capacité de travail de l'assurée en fonction des examens neurologiques, neurochirurgicaux ainsi que rhumatologiques auxquels les différents experts ont procédé. Ce faisant, ceux-ci se sont ainsi exprimés, dans le cadre de leur appréciation globale de la situation et dans les réponses aux questions, sur la divergence d'appréciation entre leur avis et celui ressortant en particulier du rapport du Prof. G._____ du 15 septembre 2014. Il en va d'ailleurs de même de

l'évaluation faite par le Dr H._____ dans son rapport du 13 octobre 2014. En fin de compte, les Dresses P._____ et C._____ affirment avoir pris en considération dans leur discussion globale les considérations médicales figurant dans les quatre documents produits, même si les deux pièces précitées ne sont selon elles pas des rapports médicaux à proprement parler mais constituent plutôt une prise de position au sujet de l'avis des médecins du SMR. En outre, les diverses IRM lombaires ont été examinées en détail par les neurochirurgiens de même que les examens radiologiques. S'agissant plus particulièrement de l'IRM lombaire du 29 avril 2014, elles exposent que ce document, qui montre une récurrence de hernie discale paramédiane droite en L5-S1 (cette constatation est radiologique), au demeurant de petite taille, et l'absence de souffrance radiculaire S1 droite aiguë au plan clinique, a été discutée et interprétée par le neurologue Dr B._____ et le neurochirurgien Dr A._____. Les discopathies aux trois derniers étages lombaires, révélées par cette IRM, font partie intégrante du diagnostic principal, soit les lombo-pyralgies multifactorielles avec syndrome radiculaire S1 droit séquellaire non déficitaire et la spondylarthropathie. Même s'il n'y a pas de souffrance clinique aiguë liée à la hernie radiologique, les experts n'ont en aucun cas exclu le fait qu'il puisse y avoir des douleurs lombaires dans le contexte du status après opération de hernie et de la spondylarthrite ankylosante (cf. discussion globale) et donc qu'il y ait une répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, les Dresses C._____ et P._____ soulignent qu'une incapacité de travail n'est pas définie en fonction de constatations radiologiques seules. Par ailleurs, les médecins prénommés rappellent que les répercussions des douleurs liées aux pathologies présentées et leurs répercussions fonctionnelles ont été prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail. Elles ne sauraient ainsi constituer un facteur supplémentaire à prendre en considération dans l'évaluation de la capacité de travail, laquelle repose au contraire sur une appréciation globale de l'état de santé incluant la symptomatologie douloureuse. Quant au suivi médical dont l'assurée a fait l'objet postérieurement au dépôt du rapport d'expertise du 7 juillet 2015, il ressort des renseignements recueillis à cet égard par les Dresses C._____ et P._____ que l'intéressée a consulté son médecin traitant (Dr X._____)

contrôle des valeurs tensionnelles, des symptômes digestifs avec ballonnements et des lombalgies. De son côté, le gastroentérologue n'a pas fait état d'une modification du traitement. Pour sa part, le Dr K._____ a évoqué le 14 octobre 2015 une évolution favorable ensuite des séances de physiothérapie prescrites par ses soins, alors que le Dr H._____ a noté en décembre 2015 que « la situation [était] stable et acceptable sous Irfen et Dafalgan, avec une situation tolérable, sans récurrence, en particulier de problème rachidien et de la sciatalgie. »

Partant, les éléments discutés dans le complément d'expertise du 22 décembre 2015 ne conduisent pas les Desses C._____ et P._____ à revenir sur leur appréciation de la capacité de travail, qu'elles déclarent ainsi maintenir à 40% dans l'activité - adaptée - de thérapeute énergétique indépendante à domicile.

8. Sur le vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que, par l'intermédiaire de son SMR, l'office AI a considéré, dans sa décision du 25 juillet 2014, qu'en l'absence de corrélation radio-clinique, l'aggravation constatée postérieurement aux deux cures de hernie discale pratiquées en mai 2012 et janvier 2013 n'avait pas perduré au-delà du 31 octobre 2013, soit trois mois après la dernière consultation de l'assurée auprès du Dr H._____, le 12 juillet 2013. Après avoir versé une rente entière à l'assurée du 1^{er} avril 2013 (date à laquelle la révision d'office a été engagée) au 31 octobre suivant, il a donc réduit la prestation servie à une rente de trois quarts dès le 1^{er} novembre 2013 sur la base d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 40%, telle que fixée dans sa décision du 18 septembre 2008 ensuite de l'examen clinique chirurgico-rhumatologique réalisé au SMR le 23 octobre 2007.

Cela étant, il y a lieu de relever que le rapport d'expertise du 7 juillet 2015 complété en date du 22 décembre suivant des médecins du Centre d'expertises J._____ de la Policlinique Médicale T._____ satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence résumée ci-avant (cf. considérant 3c ci-dessus) pour se voir conférer pleine valeur probante. Reposant sur une étude attentive du dossier, ce rapport est

particulièrement complet et nuancé quant à l'approche d'un cas complexe dans sa globalité. Fruit de diverses consultations spécialisées, il tient compte des plaintes exprimées par l'assurée au cours des entretiens qu'elle a eus avec les différents experts. Le rapport comprend en outre l'anamnèse circonstanciée de l'intéressée et décrit le contexte médical. Les développements sont clairs et les conclusions convaincantes. A cet égard, dans leur appréciation finale, les experts ont particulièrement pris soin de discuter la question de la capacité de travail exigible de la part de l'assurée au regard des plaintes douloureuses qu'elle exprime, et leurs conclusions sur ce point sont dûment motivées. Dès lors, on ne saurait s'en écarter sur la seule base des rapports médicaux produits par la recourante en réplique, au demeurant dûment pris en considération dans le rapport d'expertise du 7 juillet 2015 et son complément du 22 décembre suivant. Quoi qu'il en soit, il sied de constater qu'aucune pièce du dossier ne permet de remettre en question les conclusions des experts. En résumé, en dressant un bilan complet et convaincant des pathologies présentées par l'assurée avec une analyse fouillée quant à leurs répercussions en termes d'exigibilité, les experts procèdent à une appréciation claire de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Celles-ci ne peuvent en conséquence qu'être suivies.

9. Dans un dernier moyen, la recourante soutient qu'en raison d'une capacité résiduelle de travail de 40 % dans le cadre d'un emploi adapté à son état de santé, la mise en œuvre de sa capacité résiduelle de travail sur le marché ouvert du travail ne peut que s'avérer des plus illusoirs.

a) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés,

tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques.

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

b) Comme le rappelle la recourante, le Tribunal fédéral a admis dans un arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009 que les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il y a lieu de tenir compte en matière d'assurance-invalidité lorsque la nature et l'importance de la pathologie constituent des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative, dans la mesure où un employeur ne prendrait pas le risque d'engager une personne fortement atteinte dans sa santé. Dans ce cas, l'assuré souffrait d'un grave trouble de la personnalité, ne disposait d'aucune capacité de travail et ne pouvait exercer d'activités qu'en milieu protégé. Selon les rapports probants des médecins qui l'avaient examiné, sa capacité de travail ne pouvait être mise en valeur que dans des conditions particulièrement restreintes, soit dans un environnement confiné et protégé, en dehors de tout stress professionnel et social (TF 9C_984/2008

du 4 mai 2009 consid. 5.2 et 6.2; cf. aussi TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.3 cité par la recourante).

En l'espèce cependant, aucune réserve n'a jamais été exprimée par les experts consultés au sujet de la capacité de la recourante à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. En particulier, il n'a jamais été question d'une activité exigible uniquement dans un milieu protégé. Une restriction de l'exigibilité retenue ne saurait découler de la simple diminution de la capacité de travail de l'intéressée. Du reste, les experts soulignent que l'anamnèse et l'examen par l'interniste n'ont pas mis en évidence de symptômes ou de signes parlant pour un état dépressif ou un trouble somatoforme persistant. Ils excluent toute simulation. Ils considèrent ainsi que le pronostic est bon. L'assurée montre par ailleurs de bonnes ressources adaptatives, n'est pas ralentie au plan psychomoteur, a pu préserver une vie familiale, sociale et personnelle et a même pu mettre sur pied des projets professionnels comme thérapeute indépendante à domicile, contexte dans lequel elle a la faculté d'organiser son temps de travail. Ainsi, les experts concluent que cette activité - considérée comme adaptée - est exigible à 40% de la part de l'intéressée.

Enfin, la jurisprudence citée par la recourante ne lui est d'aucun secours. Dans la cause 9C_659/2014 du 13 mars 2015, l'assurée était proche de l'âge de la retraite (ce qui n'est pas son cas), circonstance dans laquelle il faut procéder à une analyse globale spécifique pour évaluer si l'assuré est en mesure, de manière réaliste, de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, notamment en fonction des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire et de la durée prévisible des rapports de travail. Quant à la cause 9C_804/2014 du 16 juin 2015, il s'agissait d'une assurée sans formation professionnelle présentant un léger retard mental (QI à 68) pour laquelle le Tribunal fédéral a considéré que son niveau intellectuel ne constituait pas un obstacle irrémédiable à la reprise d'un travail sur un marché lui offrant un éventail suffisamment large d'activités simples, répétitives et sans

responsabilité, dont un nombre significatif est adapté à ses limitations intellectuelles et accessibles sans aucune formation particulière.

Sur ce point également, le recours est mal fondé.

10. En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

11. Il reste à statuer sur les frais et les dépens de la cause (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 4 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 25 juillet 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille, avocat (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :