

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mai 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M._____, à Clarens, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 17, 43 et 44 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1-2 et 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 25 novembre 1965, mariée et mère d'une fille née en 1994, a travaillé en qualité de secrétaire à temps partiel, du 1^{er} juin 1999 au 30 avril 2006, auprès de l'étude de l'avocat B. _____ à [...]. Elle a déposé une demande de prestations AI, le 17 mai 2005, en raison d'une hernie discale existant depuis juillet 2002.

Dans le formulaire 531bis complété le 6 juin 2005 l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme secrétaire à plein temps pour des motifs de nécessité financière.

Selon le « Questionnaire pour l'employeur » complété le 29 juin 2005, le dernier employeur indiquait que l'assurée avait travaillé en qualité de secrétaire à 80 % jusqu'au 31 décembre 2003 et que « par choix », elle travaillait au taux de 60 % dès le 1^{er} janvier 2004. Pour l'année 2005, le revenu mensuel brut de l'assurée s'élevait à 3'670 fr. pour un taux d'activité de 60 %. Me B. _____ précisait que du 1^{er} janvier au 1^{er} mai 2005, date à partir de laquelle l'incapacité de travail était totale, son employée n'avait pas pu reprendre son activité à « plein temps » (soit au taux de 60 %) mais uniquement à 50 % (soit à un taux réel de 30 % correspondant à 12 h./semaine).

Des documents transmis le 30 juin 2005 par l'assureur perte de gain de l'assurée (W. _____ Assurances), il ressort notamment un certificat médical du 10 mai 2005 établi par le Dr Q. _____, spécialiste en neurologie du [...] à [...], attestant un arrêt de travail de l'assurée à 100 % dès le 2 mai 2005.

Dans un rapport du 8 septembre 2005 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), les Drs Q. _____, K. _____, spécialiste en neurochirurgie et N. _____,

spécialiste en anesthésiologie et en soins intensifs, ont posé les diagnostics suivants :

- “30.08.2004 Diagnostic Hernie discale L5-S1 droite.
Opération Hémilaminectomie L5-S1 droite et
disectomie pour cure de hernie discale.
- 20.05.2005 Diagnostic Insuffisance segmentaire L5-
S1 post PDN.
Opération AMO PDN. Spondylodèse postérieure L5-S1
par cages intersomatiques en carbone
(PLIF) et greffe intertransversaire.
Intervention réalisée sous guidage
stéréotactique.”

S’agissant de la capacité de travail résiduelle dans l’activité habituelle de l’assurée, ces spécialistes l’évaluaient à 50 % en précisant la nécessité d’un examen par le médecin-conseil de l’AI.

Le 14 décembre 2005, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de M._____. Dans son rapport du 20 décembre 2005 – auquel était annexé un certificat médical du 28 novembre 2005 du Dr Q._____ qui attestait un arrêt de travail de l’assurée à 100 % depuis le 20 mai 2005 –, l’enquêtrice A._____ a arrêté un statut de 80 % active et 20 % ménagère et noté des empêchements ménagers d’un total de 60.2 %.

Un examen rhumatologique de l’assurée a eu lieu le 12 juin 2006 dans les locaux du Service Médical Régional (SMR) de l’AI. Dans son rapport du 19 juillet 2006, le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, s’est prononcé en ces termes sur l’état de santé de l’examinée :

- “[...]
Diagnostics
- avec répercussion sur la capacité de travail :
• Lombosciatalgies à bascule chronique sur status feld back surgery (M 54.4).

- sans répercussion sur la capacité de travail :
• Aucune.

Appréciation du cas

Assurée d'origine Suisse, âgée actuellement de 41 ans, au bénéfice d'une formation en tant que secrétaire. Notre assurée a exercé l'activité de secrétaire à un taux de 60 % jusqu'au mois de mai 2005, depuis lors elle est en incapacité de travail à 100 % en relation avec la problématique dorsolombaire. A signaler que l'assurée a été licenciée à partir du 01.05.06 pour longue maladie. Sur le plan médical, cette assurée présente actuellement un syndrome algique chronique localisé au niveau du rachis lombaire dans un contexte d'instabilité segmentaire L5-S1 après double chirurgie à ce niveau.

L'assurée a bénéficié dans un 1^{er} temps d'une discolomie et laminectomie L5-S1 D pour hernie discale L5-S1 en contact avec la racine S1, puis en raison de l'instabilité créée par cette intervention, une spondylodèse par voie postérieure à l'aide de cage intersomatique a été réalisée au mois de mai 05. L'évolution postopératoire reste marquée par la persistance d'une symptomatologie algique constante exacerbée par les activités physiques, les positions de flexion du rachis, de porte-à-faux ou d'antéflexion.

L'examen clinique de ce jour met en évidence une nette diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire chez une assurée en permanence algique sur le plan lombaire. L'expression des plaintes est tout à fait sobre, et en parfaite adéquation avec l'imagerie radiologique mise à disposition. Le reste du status clinique est tout à fait dans les limites de norme physiologique. Sur le plan neurologique, nous objectivons essentiellement des signes d'irritation radiculaire séquellaire et un status déficitaire sur le plan sensitif dans le territoire L5 D.

A signaler que la situation sur le plan médical est considérée toujours comme instable, raison pour laquelle une intervention chirurgicale est programmée pour le 12.09.06 (stabilisation segmentaire L5-S1 par voie antérieure).

A signaler l'absence de mise en évidence de critère de non organicité aussi bien dans l'anamnèse qu'au niveau du status chez cette assurée.

En conclusion : cette assurée présente actuellement un syndrome lombaire algique chronique dans un processus failed back surgery. Il est impossible actuellement de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de cette assurée aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, la situation n'étant pas stabilisée sur le plan médical. Une réévaluation sur le plan médical devrait être effectuée à la suite de l'intervention prévue pour le mois de septembre 06. Une telle évaluation pourrait se faire au plutôt 3 mois après cette intervention.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà d'une demi heure, possibilité de varier les positions à sa guise minimum 2 fois par heure. Pas de position debout au-delà de 10 min, diminution du périmètre de marche à $\frac{3}{4}$ h, pas de position en antéflexion, en porte-à-faux, ou en genuflexion de façon répétitive.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?
Sur la base de l'anamnèse fournie, l'assurée a diminué sa capacité de travail de façon spontanée à partir du 01.01.04 en raison de douleurs lombaires, nous pouvons donc considérer que l'assurée présente une incapacité de travail de 20 % depuis le 01.01.04.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?
20 % d'incapacité de travail du 01.01.04. Selon les documents fournis par l'assurance perte de gain, une incapacité de travail à 100 % a été attestée du 06.05.04 au 31.12.04, à 70 % du 01.01.05 au 01.05.05 puis à 100 % dès le 02.05.05 à ce jour.

Concernant la capacité de travail exigible, la situation n'étant toujours pas stabilisée sur le plan médical, nous devons considérer que cette assurée présente une capacité de travail résiduelle à 0 % actuellement. Il est impossible actuellement de se prononcer sur l'évolution future aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. De ce fait, une réévaluation sur le plan médical est à effectuer minimum 3 mois après la spondylodèse prévue pour le mois de septembre 06.

Capacité de travail exigible
Dans l'activité habituelle : 0 % (situation non stabilisée sur le plan médical)
Dans une activité adaptée : 0 %."

Au terme d'un complément du 23 août 2006 au rapport d'examen précité, le Dr T. _____ du SMR a précisé que la situation médicale de l'assurée n'étant pas stabilisée du fait d'une nouvelle intervention pour fixation par voie antérieure programmée le 12 septembre 2006, l'incapacité de travail durant déjà depuis plus de deux ans, il convenait de statuer puis de procéder à une révision de la situation en janvier 2007, soit trois mois après l'opération.

Par décisions du 24 novembre 2006, l'OAI a alloué un trois-quarts de rente à l'assurée basé sur un taux d'invalidité de 62,04 % du 1^{er} janvier 2005 au 31 juillet 2005, puis une rente entière dès le 1^{er} août 2005 basée sur un taux d'invalidité de 92,04 %. Ses constatations étaient les suivantes :

"Résultat de nos constatations :

Depuis le 1^{er} janvier 2004 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail et votre aptitude à accomplir vos travaux habituels sont restreintes.

Selon nos observations, vous continueriez d'exercer votre activité de secrétaire à 80 % sans problèmes de santé. Les 20 % restants correspondent à vos travaux habituels. Dès lors, nous vous considérons comme active à 80 % et ménagère à 20 %.

Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale de votre situation, nous constatons qu'en raison de votre état de santé vous avez dû réduire votre taux d'activité de 80 % à 60 % dès le 1^{er} janvier 2004. Depuis cette date, vous présentez les incapacités de travail suivantes :

- 20 % du 1^{er} janvier 2004 au 5 mai 2004,
- 100 % du 6 mai 2004 au 31 décembre 2004,
- 70 % du 1^{er} janvier 2005 au 1^{er} mai 2005,
- 100 % dès le 2 mai 2005.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 1^{er} janvier 2005, votre incapacité de travail et de gains était de 70 %.

D'autre part, nous constatons que vous rencontrez également des difficultés à effectuer une partie de vos travaux ménagers. Selon l'enquête effectuée à votre domicile, vos empêchements atteignent 60.20 %.

Au 1^{er} janvier 2005, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, votre invalidité globale est la suivante :

- pour la part active, selon les pièces en notre possession, vous êtes à même d'effectuer un 30 % sur votre 80 % votre incapacité de travail étant de 70 % du 01.01.2005 au 01.05.2005, votre préjudice dans la part active est donc de 62.50 (80-30 x 100/80).

Au 1^{er} janvier 2005, le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	62.50%	50%
Ménagère	20%	60.20%	12.04%
Degré d'invalidité			62.04%

Si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit à la rente, dès qu'il a duré trois mois, sans interruption notable (art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)).

En effet, dès le 2 mai 2005, votre incapacité de travail et de gains sont complets, ce tant dans votre activité habituelle, que dans toute autre activité professionnelle.

Au 2 mai 2005, le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
--------------------	------	-------------	--------------------

Active	80%	100.00%
80.00%		
Ménagère	20%	60.20%
12.04%		

Degré d'invalidité 92.04%"

Compte tenu de l'absence de recours déposés par l'assurée à leur rencontre, ces décisions d'octroi de rentes AI sont dès lors entrées en force de choses jugées.

B. Le 7 février 2007, l'assurée a rempli un questionnaire pour la révision de la rente. Elle mentionnait une « petite amélioration » de son état de santé depuis la dernière opération (la troisième) pratiquée en date du 12 septembre 2006 par le Dr Z._____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, de la Clinique de [...]. Elle était en réadaptation (physiothérapie), une infiltration ayant eu lieu le 30 janvier 2007. L'assurée exerçait une activité lucrative accessoire en tant que secrétaire indépendante et réalisait de ce fait un revenu mensuel d'environ 800 francs. L'assurée précisait également qu'il était un peu tôt pour pouvoir dire s'il y avait amélioration ou non suite à l'opération du 12 septembre 2006. Selon le Dr Z._____, il fallait compter une année. Elle parvenait actuellement à mieux marcher, mais souffrait de fortes lombalgies ayant entraîné une infiltration prescrite par le Dr Z._____ et ayant été administrée le 30 janvier 2007, mais qui n'avait à ce jour pas l'effet escompté.

Le même jour, M._____ a notamment indiqué que sans atteinte à la santé, elle exercerait l'activité de secrétaire à 80 % pour des motifs financiers et d'intérêt personnel.

Dans un rapport du 20 avril 2007 adressé à l'OAI, le Dr Z._____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'instabilité L5-S1 avec arthrodèse le 12 septembre 2006. Ce neurochirurgien mentionnait une amélioration partielle de l'état de santé de sa patiente qui, à la suite de sa dernière consultation en date du 16 janvier 2007, présentait encore des lombalgies. L'assurée devait être

prochainement revue pour une éventuelle thermocoagulation facettaire L5-S1 droite et gauche. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le Dr Z._____ estimait que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible sans qu'une autre activité ne soit envisageable vu la persistance des lombalgies.

A l'occasion d'un second rapport médical du 13 janvier 2009 établi à la suite d'un contrôle pratiqué le même jour, le Dr Z._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies stables depuis avril 2007. Ce neurochirurgien faisait part d'un état de santé stabilisé dès avril 2007 (avec un traitement à base de Lyrica® et anti-inflammatoires à la demande) dont il résultait une capacité de travail de l'intéressée de 30 % dans l'exercice de la profession de secrétaire depuis le 20 avril 2007 sans que des mesures de réadaptation professionnelles n'apparaissent indiquées. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes ; pas d'activité uniquement en position debout ou exercée principalement en terrain irrégulier, pas d'activités penché/accroupi/à genoux, pas de rotation en position assise/debout, pas de port de charges près/loin du corps et pas de montées sur une échelle/un échafaudage. Etaient joints, les documents médicaux suivants :

- Un rapport de radiographie de la colonne lombaire (face/profil) du 13 janvier 2009 du Dr X._____, spécialiste en radiologie, de l'Institut d'Imagerie Médicale de la Clinique de [...], dont il ressortait les conclusions suivantes :

“Bilan radiologique standard du rachis lombaire comparable au précédent examen du 27.12.07, si ce n'est une scoliose dextroconvexe un peu plus marquée. Pas de modification du status post-opératoire après mise en place d'une cage intersomatique L5-S1 et de fixateur arrimé proximale en L5 et distalement en S1.”

- Un rapport d'IRM lombaire du 14 janvier 2009 du Dr X._____, mettant en évidence ce qui suit :

“Bilan IRM du jour stable par rapport au précédent examen datant du 27.12.2007. Les discrets remaniements post opératoires sont

inchangés dans le contexte après mise en place d'une cage intersomatique L5-S1 et d'un fixateur interne."

Un nouvel examen radiologique de la colonne lombaire (face/profil) du 19 mars 2009, effectué par le Dr G._____, radiologue à l'Institut d'Imagerie Médicale de la Clinique de [...] a confirmé les constatations de l'examen antérieur, à savoir un status post arthrolyse par abords antérieurs au niveau L5-S1. La mise en place de cage ainsi qu'un status post mise en place d'amortisseurs inter-épineux L4-L5 bien positionnés étaient par ailleurs relevés.

Au terme d'un avis médical SMR du 2 juillet 2009, les Drs J._____, et L._____ ont relevé que compte tenu de l'absence de status décrit par le Dr Z._____ dans son rapport de 2009, la réalisation d'un examen orthopédique au SMR s'avérait nécessaire.

Le 17 août 2009, l'assurée a été examinée par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son rapport d'examen clinique orthopédique SMR du 31 août 2009, ce chirurgien a porté l'appréciation suivante sur l'état de santé de l'examinée :

"[...]

Anamnèse actuelle générale

L'assurée a développé des lombosciatalgies à D depuis juillet 2002. Une hémilaminectomie avec discotomie L5-S1 a été effectuée le 30.08.2004. Les douleurs ont persisté. Le 20.05.2005, elle a bénéficié de la mise en place d'une cage intersomatique L5-S1. Les douleurs ont persisté. Le 12.09.2006, elle a été à nouveau opérée par le Dr Z._____, chirurgien à [...] qui a fait une spondylodèse antérieure L5-S1 avec mise en place d'une plaque fixée avec des vis. Cette intervention a permis de diminuer l'intensité des lombalgies et des sciatalgies initialement. En 2007, les douleurs ont augmenté d'intensité. Des infiltrations ont été effectuées. Un bilan radiologique complet y compris IRM, a été effectué en janvier 2009. En février 2009, le Dr Z._____ met un implant inter-épineux L4-L5. L'assurée a bénéficié de séance de physiothérapie par semaine. Elle sera revue par le Dr Z._____ à la fin de l'année 2009. La dernière intervention chirurgicale a permis de diminuer l'intensité des lombalgies et la fréquence des sciatalgies qui se manifestent à D sous forme de douleurs le long de la face postérieure de la cuisse et du mollet. Actuellement, l'assurée se plaint d'avoir des douleurs lombaires nocturnes qui la réveillent souvent. Durant la journée, elle ne tolère pas les positions statiques. Elle peut rester assise environ 1 heure après quoi, les douleurs lombaires augmentent d'intensité. Elle a des difficultés pour monter ou descendre les escaliers, pour

marcher en terrain irrégulier. Elle ne supporte pas les longs trajets en voiture. Elle ne peut pas assister à des longs spectacles où elle doit garder la position assise prolongée. Ne porte pas de charges.

[...]

Status

Status général

Taille 167 cm. Poids 57 kg. TA 100/70mmHg.

Cardio-vasculaire : rythme cardiaque régulier. Pas de souffle. Toutes les artères périphériques sont bien palpables.

Gastro-intestinal : abdomen souple, indolore, sans masse pathologique palpable.

Neurologique : réflexes ostéotendineux, présents et symétriques. Pas de trouble sensitivomoteur objectivable. Signe de Lasègue négatif.

Status Ostéomusculaire

Membres supérieurs : l'assurée est droitière. A l'examen des épaules, elles sont stables dans tous les plans, leur mobilité est complète et symétrique. Absence de signes cliniques de tendinopathie des coiffes des rotateurs. Examen des coudes : mobilité complète et symétrique. Examen des poignets et des mains : dans la limite de la norme.

Colonne vertébrale : il n'y a pas de trouble majeur de la statique. Les flèches de Forestier sont de 3 cm en regard de C7, 0 cm en regard D7, 4 cm en regard de L3, 0 cm en regard du sacrum. L'index dorsal selon Ott est de 30 à 32 cm. L'index lombaire selon Schober est de 10 à 11 cm, la distance doigts-sol est de 54 cm. A noter que la distance doigts-orteils, jambes étendues, est de 22 cm. Les rotations de la colonne dorsolombaire sont douloureuses, elles sont limitées à 25° ddc. Les inclinaisons latérales ne sont pas harmonieuses car elles s'effectuent de façon prédominante sur les segments dorsaux de la colonne.

En ce qui concerne la colonne cervicale, la mobilité est complète et symétrique avec des rotations à 70-0-70° et une flexion-extension complète avec une distance menton-sternum maximum de 20 cm et minimum 2 cm.

Membres inférieurs : pas de défaut d'axe majeur visible, pas d'inégalité de longueur. Examen des hanches : mobilité complète et symétrique avec des rotations externe-interne à 60-0-50°. Flexion-extension à 140-0-5°. Abduction-adduction 50-0-50°. En ce qui concerne les genoux, il n'y a pas d'épanchement, ils sont stables dans tous les plans, leur mobilité est complète et symétrique. Les signes méniscaux sont négatifs. Examen des chevilles sp. Examen des avant-pieds : mise en évidence d'un hallux valgus bilatéral un peu plus marqué à D qu'à G, sans bursite.

La pression céphalique axiale déclenche des douleurs lombaires ainsi que la rotation passive du tronc et du bassin.

[...]

Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail

• Lombosciatalgies persistantes à D. failed back surgery syndrome. M 54.4.

- sans répercussion sur la capacité de travail
- Hallux valgus bilatéral asymptomatique.

Appréciation du cas

Assurée âgée de 43 ans, au bénéfice d'une formation en tant que secrétaire. Elle ne travaille plus depuis mai 2005 en tant que secrétaire. Elle sera licenciée pour mai 2006. Elle a été opérée une 3^{ème} fois au niveau de la colonne lombaire le 12.09.2006. Elle s'installe en tant que secrétaire indépendante, elle travaille à 30 % à partir du 20.04.2007. En février 2009, une 4^{ème} intervention chirurgicale lombaire a été effectuée sous forme de la mise en place d'un implant inter-épineux L4-L5. Ces interventions ont permis de diminuer l'intensité des douleurs lombaires et la fréquence des sciatalgies à D. On a pu mettre en évidence un seul signe de non-organicité selon Waddell. Le traitement antalgique actuel est largement susceptible d'être amélioré.

Les limitations fonctionnelles

Peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire. Doit éviter le port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive. Doit éviter les positions statiques tant debout qu'assise au-delà de 1 heure. Doit pouvoir alterner les positions à sa guise. Doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux.

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

Arrêt de travail à 100 % à partir du 02.05.2006. Travaille à 30 % en tant que secrétaire indépendante à partir du 02.04.2007, bénéficie d'un arrêt de travail à 100 % à partir du 17.02.2009. Reprend son travail à partir du 01.05.2009 à raison de 3 heures 2x/semaine.

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

Le Dr Z. _____, dans son rapport à l'AI daté du 13.01.2009, prescrit une incapacité de travail à 30 % [recte : 70 %].

Concernant la capacité de travail exigible, nous considérons que le travail de secrétaire est adapté aux limitations fonctionnelles. Elle reprend ses activités à 30 % au 7^{ème} mois après la reprise de spondylodèse L5-S1 par voie antérieure. Un nouvel arrêt de travail à partir du 17.02.2009 pour mise en place d'un implant interépineux L4-L5. Elle reprend ses activités à partir du 01.05.2009. Nous considérons qu'à partir du 01.05.2009, l'assurée a une capacité de travail d'au moins 50 % dans son travail habituel qui est adapté. Le Dr Z. _____ ne donne pas d'explications à son incapacité de travail prescrite à 70 %. L'assurée peut très bien faire des pauses régulières qui lui permettront de travailler au moins 4 heures par jour.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle qui est adaptée : 50% depuis le : 01.05.2009"

Au terme d'un avis médical du 11 septembre 2009, le Dr J. _____ a partagé les constatations de son confrère le Dr R. _____ en

répondant comme il suit aux questions qui lui étaient adressées par l'Office AI :

- “• Etes-vous suffisamment renseignés ? Oui.
- L'état est-il stabilisé ? On peut considérer que l'état de santé de l'assuré[e] est stabilisé depuis le 1.5.2009.
- Quelle est la CT [capacité de travail] en tant que secrétaire ? 50 %.
- Dans une activité adaptée ? 50 %.
- Depuis quand ? 1.5.2009.
- Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Travail sédentaire ou semi-sédentaire. Pas de port de charges > 5 kg. Pas de position statique de plus d'une heure. Alternance des positions. Pas de travaux en flexion ou porte-à-faux du tronc.”

A l'occasion d'une « Fiche d'examen du dossier No 04 » établie le 16 septembre 2009, une collaboratrice de l'OAI a noté qu'au vu de l'amélioration de l'état de santé, une nouvelle évaluation des empêchements ménagers de l'assurée s'avérait nécessaire.

Dans un nouveau « Questionnaire pour l'employeur » complété le 22 septembre 2009, l'ex-employeur indiquait en particulier que du 1^{er} janvier 2006 jusqu'à son licenciement au 30 avril 2006, le revenu mensuel brut de l'assurée s'élevait à 3'670 fr. (pour un taux d'activité de 60 %, cf. questionnaire complété le 29 juin 2005).

Selon un extrait du compte individuel (CI) du 27 novembre 2009, le revenu soumis à cotisations de l'assurée s'élevait à 15'905 fr. pour 2006 (de janvier à avril) et à 8'698 fr. pour la période de juin à décembre 2008.

Le 11 novembre 2009, une nouvelle enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de M._____. Dans son rapport du 12 novembre 2009, l'enquêtrice E._____ a retenu que le statut de 80 % active et 20 % ménagère était toujours justifié. S'agissant de la détermination de l'activité lucrative exercée sans handicap, il était notamment mentionné les indications suivantes :

“Sur le 531bis, l’assurée indique qu’en bonne santé, elle travaillerait à 80 % dans le secrétariat. Lors de l’entretien, ce taux est confirmé. Madame aime son emploi de secrétaire. Depuis 2006, son mari et elle ont acheté un appartement. Un 2^{ème} revenu est nécessaire pour aider à payer l’hypothèque.

Dès avril 07 à ce jour : l’assurée est secrétaire indépendante, à un tarif de Fr 40.-/h. Son temps de travail est variable mais sa santé ne lui permet pas d’aller au-delà de 3x3 heures par semaine.

En juin 08, elle a essayé de faire un remplacement à un taux de 40% chez un avocat mais a dû rapidement abandonner en raison des lombalgies exacerbées par la position assise.”

L’enquêtrice constatait par ailleurs des empêchements ménagers d’un total de 43.7 % et formulait les remarques suivantes :

“Il n’y a pas vraiment d’évolution de l’état de l’assurée depuis l’octroi de la rente. Madame est toujours limitée dans ses activités ménagères bien qu’elle a subi plusieurs opérations du dos. Les empêchements ménagers ont pourtant diminué par rapport à la dernière enquête faite en 2005.

La raison en est que sa fille adolescente peut apporter l’aide exigible. La famille s’est acheté un appartement, facile à entretenir et sans jardin.

L’assurée se dit incapable de travailler à plus de 25 % bien que la CT [capacité] de travail retenu par le SMR est de 50 % dans une activité adaptée. Elle ne tolère pas les positions statiques qui exacerbent les lombalgies. Selon ses dires, son état de santé n’est pas encore stabilisé.”

Selon une « Fiche d’examen du dossier No 05 » établie le 1^{er} février 2010, l’assurée travaillait alors à domicile en tant qu’indépendante et mentionnait que nonobstant l’avis SMR du 11 septembre 2009, une activité au-dessus de 30 % était supérieure à ses forces. Dans ces circonstances, il était indiqué de poursuivre l’instruction du cas à la suite de l’amélioration de l’état de santé observé depuis le 1^{er} mai 2009.

Dans un rapport médical du 24 septembre 2010, le Dr Z._____ a posé le diagnostic invalidant de lombosciatique chronique, compte tenu de la persistance de douleurs dans la jambe droite de l’assurée avec suspicion de coxarthrose avec demande d’un avis orthopédique spécialisé. Ce neurochirurgien évoquait un état de santé dont l’évolution était stable avec toujours d’importantes douleurs. Il était d’avis que l’activité de secrétaire à titre indépendant était encore exigible

à 30 % maximum (sans amélioration) moyennant un aménagement du temps de travail. Les limitations fonctionnelles rapportées étaient identiques à celles énoncées dans le précédent rapport établi le 13 janvier 2009, auxquelles s'ajoutait celle excluant l'exercice d'activités uniquement en position debout.

A l'occasion d'un avis médical SMR du 18 janvier 2011, le Dr F. _____ s'est prononcé comme il suit sur le dernier rapport du Dr Z. _____ :

“Assurée chez qui, après un examen orthopédique au SMR, on a déterminé une exigibilité de capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Dans le cadre du mandat de réadaptation, l'assurée signale une aggravation.

Interrogé à ce sujet, le neurochirurgien signale une stabilisation de l'état et atteste une incapacité de travail de 70 %.

Il faut noter que ce médecin n'a jamais attesté autre chose qu'une incapacité soit totale, soit de 70 %, et ce taux correspond à ce que l'assurée effectue réellement, estimant par ailleurs ne pas pouvoir fournir davantage.

Aucun nouvel élément médical n'est signalé.

S'agissant d'une différence concernant un 20 % de capacité de travail, il s'agit d'une différence d'appréciation d'une même situation entre un examinateur orthopédiste et le médecin traitant.

En l'absence de nouvel élément, nous en sommes là, et selon la jurisprudence l'avis de l'orthopédiste du SMR est à privilégier par [rapport] aux avis du médecin traitant, par ailleurs très succincts.”

Par projet de décision du 29 juillet 2011, l'OAI a indiqué sa volonté de supprimer la rente octroyée jusqu'alors avec effet dès le 2^{ème} mois suivant la notification de la décision à venir, compte tenu d'un taux d'invalidité de l'assurée de 38,8 % depuis le 1^{er} mai 2009.

Par communication du même jour, l'Office AI a octroyé une aide au placement à l'assurée sous la forme d'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Le 13 septembre 2011, l'assurée a fait part de ses objections sur le projet de décision de suppression de rente précité. Selon un protocole opératoire du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique de la Clinique de [...] à [...], le 10 mars 2011, l'assurée a subi une arthroscopie opératoire de la hanche (synovectomie, plastie de réduction du toit acetabulaire et ostéoplastie de sphérisation à la jonction tête et col) en raison d'un diagnostic de coxarthrose de la hanche droite sur conflit coxo-fémoral de type mixte.

Au terme d'un avis médical SMR du 4 octobre 2011, les Drs P._____ et T._____ ont relevé qu'en raison des éléments ressortant de l'« opposition » du 13 septembre 2011 de l'assurée, il se justifiait de poursuivre l'instruction.

Le 17 octobre 2011, le secrétariat du Dr D._____ a transmis à l'Office AI, copie des documents suivants :

- Un consilium établi le 21 janvier 2011 à l'intention du Dr Z._____ auquel le Dr D._____ exposait la mise en évidence à l'examen clinique et à l'arthro-IRM de la hanche droite du 8 novembre 2010, d'une coxarthrose à interligne conservé de la hanche droite sur conflit coxo-fémoral essentiellement de type pince avec coxa profunda aggravée par des ossifications labrales. Le Dr D._____ indiquait une date opératoire fixée au 10 mars 2011 pour le geste chirurgical proposé à l'assurée.

- Une lettre adressée le 20 septembre 2011 au Prof. H._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, en vue d'une consultation de l'assurée pour avis et traitement en raison de douleurs lombaires chroniques sur un status multiopéré ainsi que de douleurs inguinales et générales. Le Dr D._____ notait qu'en l'état, l'arthroscopie réalisée six mois auparavant s'était révélée sans succès clinique sur les douleurs (exacerbation de celles-ci ainsi qu'autour de la hanche). Il précisait également une mauvaise tolérance de l'assurée aux AINS, Tramadol®, Lyrica®, etc.

Dans un rapport médical du 20 décembre 2011 adressé à l'OAI, le Dr D._____ a fait part d'un pronostic réservé (poursuite d'un traitement alliant physiothérapie et prise de médicaments) sur l'état de santé de l'assurée. Cet orthopédiste retenait une incapacité de travail à 100 % en raison de douleurs à la mobilité et en position assise depuis le 2 novembre 2010, date correspondant au début de sa prise en charge, sans qu'une amélioration ne soit à prévoir. S'agissant des limitations fonctionnelles retenues, elles étaient les suivantes : activités uniquement en position assise limitées à une heure, activités uniquement en position debout limitées à dix minutes, activités exercées en terrain irrégulier limitées à vingt minutes, pas de positions penché/accroupi/à genoux, pas de rotations en position assise/debout, soulèvement/port de charges près/loin du corps limitées à cinq kilos et pas de montées sur une échelle/un échafaudage.

Au terme de leur avis médical du 26 avril 2012, les Drs V._____ et T._____ du SMR ont indiqué la nécessité de mettre en œuvre un nouvel examen clinique orthopédique de l'assurée.

Le 18 juin 2012, M._____ a une nouvelle fois été examinée par le Dr R._____. Dans son rapport d'examen clinique orthopédique SMR du 20 août 2012, cet orthopédiste a porté l'appréciation suivante sur l'état de santé de l'assurée :

"[...]

Anamnèse actuelle

Lombalgies avec irradiations au MID évoluant depuis le mois de juillet 2002. Une hémilaminectomie avec discotomie L5-S1 a été effectuée le 30.08.2004. L'évolution fût marquée par la persistance de douleurs. Le 20.05.2005, mise en place d'une cage intersomatique L5-S1. L'évolution fût marquée par la persistance de douleurs. Le 12.09.2006, elle a été à nouveau opérée par le Dr Z._____, neurochirurgien à [...], qui fait une spondylodèse antérieure L5-S1 avec mise en place d'une plaque fixée avec des vis sur les corps vertébraux de L4 et de L5. Les douleurs ont diminué initialement pour réapparaître en 2007. Des infiltrations ont été effectuées. En février 2009, le Dr Z._____ met en place un implant inter-épineux L4-L5. Par la suite, l'assurée bénéficie d'un traitement de physiothérapie. Ce traitement se poursuit jusqu'à présent à raison d'une séance par semaine. Elle était régulièrement suivie par le Dr Z._____.

En février 2010, le Dr Z. _____ suspecte une lésion de la hanche D. Il adresse l'assurée au Dr D. _____, chirurgien orthopédiste, qui voit l'assurée le 02.11.2010. Il prescrit un arrêt de travail à 100% et un bilan radiologique sous forme de RX standard et une arthro-IRM de la hanche D qui a eu lieu le 08.11.2010 à [...] à [...]. Le Dr [...] conclut dans son rapport de arthro-IRM : petit os acétabulaire ou ossification partielle du bourrelet antéro-antérieur-supérieur, sans déchirure. Pas de signe d'arthrose. Le Dr D. _____ suspecte un conflit coxo-fémoral de type mixte. Il effectue le 10.03.2011 au [...] à [...] une arthroscopie de la hanche D. Il a fait une synoviectomie, plastie de réduction du toit acétabulaire et ostéoplastie de sphérisation à la jonction tête et col. Il n'y a pas eu de complication en période post opératoire immédiate. L'assurée a pu regagner son domicile le lendemain de l'opération, munie de deux cannes anglaises. Elle a marché en charge partielle durant six semaines. L'évolution fût marquée par une exacerbation des douleurs. A partir du mois de mai 2011, les douleurs ont quelque peu diminué. Elle a utilisé deux cannes anglaises lorsqu'elle faisait des trajets de plus de 20 minutes jusqu'au mois de juin 2011. Sa cuisse était tuméfiée jusqu'au mois d'avril 2012. A partir du mois de juillet 2011, les symptômes étaient identiques à ceux qu'elle présentait avant l'intervention chirurgicale du Dr D. _____.

L'assurée est suivie par le Dr Z. _____, à raison d'une consultation par année. La dernière a eu lieu en octobre 2011. L'assurée est aussi suivie régulièrement par le Dr D. _____, qui a vu l'assurée la dernière fois en février 2012. Un prochain rendez-vous est prévu en août 2012, avec un bilan radiologique.

Depuis le mois de novembre 2011, l'assurée est suivie par le Dr K.A. _____, de la Clinique de la Douleur de l'Hôpital de [...] à [...]. Ce collègue a optimisé le traitement antalgique. Il se propose d'installer un stimulateur médullaire.

Plaintes actuelles

Elles n'ont pas beaucoup évolué depuis le mois d'août 2009. L'assurée continue à se plaindre d'avoir des douleurs lombaires de caractère continu. Ces douleurs sont présentes jour et nuit. Elles la réveillent toutes les nuits. Elle doit changer de position. L'assurée ne tolère pas les positions statiques prolongées. Elle doit changer fréquemment de position. L'assurée tolère la position assise environ 30 minutes, en changeant de position. Après quoi, elle doit se lever et marcher un peu. Elle peut marcher à plat environ 1h. En terrain régulier ou à la montée des pentes, elle a déjà des douleurs après 15 minutes. Elle peut marcher environ 30 minutes. La position debout statique est mal tolérée. Elle a des irradiations douloureuses au pli de l'aîne D, à la fesse D, et à la face postéro-externe de la cuisse, irradiant jusqu'au mollet D. Ces douleurs du MID apparaissent lorsqu'elle marche plus de 30 minutes ou après avoir fait des efforts comme par exemple après avoir travaillé plus de 3 h. L'assurée conduit une voiture mais seulement pour des courts trajets de moins de 25 km. Elle ne peut pas assister à de longs spectacles ou à des séances de cinéma. Elle ne porte pas de charges.

[...]

Status ostéomusculaire

MS : l'assurée est droitière. Examen des épaules : elle sont stables dans tous les plans. Leur mobilité est complète et symétrique. Flexion-extension 180-0-70°. Abduction 180°. Rotation externe-interne bras en abduction 100-0-80°. Rotation externe bras au corps 70° : Absence de signe clinique de tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Examen des coudes : flexion-extension 140-0-5°. Les coudes sont stables dans tous les plans. Pas de douleurs aux insertions tendineuses. L'examen des poignets et des mains est dans la limite de la norme.

Colonne vertébrale : il n'y a pas de trouble majeur de la statique vertébrale. Les flèches de Forestier sont de 4 cm en regard de C7, 0 cm en regard de D7, 4 cm en regard de L3, 0 cm en regard du sacrum. L'index dorsal selon Ott est de 30 à 32 cm. L'index lombaire selon Schober est de 10 à 12 cm. La DDS est de 58 cm. La distance doigt-orteil jambes étendues est de 25 cm ddc. Les inclinaisons latérales de la colonne dorsolombaire sont de 20-0-20°. Elles ne sont pas harmonieuses car elles s'effectuent de façon plus dominante sur les segments dorsaux de la colonne. Les rotations de la colonne dorsolombaire sont de 25-0-25°. Elles provoquent des douleurs. En ce qui concerne la colonne cervicale, la mobilité est complète et symétrique avec une DMS max de 17 cm, min. de 2 cm.

MI : pas de troubles majeurs des axes, pas d'inégalité de longueur. Périmètre des cuisses mesuré à 15 cm des pôles supérieurs des rotules : 38 cm ddc. Périmètre des mollets mesuré à 15 cm des pôles inférieurs des rotules. 30 cm ddc. En ce qui concerne les hanches, le signe de Trendelenburg est négatif. La mobilité des hanches est complète et symétrique avec une flexion-extension à 140-0-0°, rotation externe-interne à 50-0-60°, abduction-adduction 60-0-50°. A noter que les mouvements combinés de flexion-rotation externe en abduction, flexion-rotation externe en adduction, flexion-rotation interne en adduction, flexion-rotation interne en abduction provoquent des douleurs à droite. En ce qui concerne les genoux, il n'y a pas d'épanchement. Ils sont stables dans tous les plans. Flexion extension 140-0-0°. Examen des chevilles dans la limite de la norme. En ce qui concerne les avants-pieds, hallux valgus bilatéral plus marqué à D qu'à G [recte : G].

Lorsqu'on examine les signes de Waddell, l'assurée refuse la pression axiale céphalique car la dernière fois, elle a eu des lombalgies exacerbées durant deux mois.

[...]

Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Lombosciatalgies persistantes à D, sans trouble neurologique. Failed back surgery syndrome.

- Status après levée de conflit coxo-fémoral par voie arthroscopique hanche D.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Hallux valgus bilatéral peu symptomatique.

Appréciation du cas

Assurée âgée de 46 ans, secrétaire avec CFC. Elle travaille comme secrétaire indépendante à temps partiel depuis 2007. Elle souffre de lombosciatalgies à D [droite], sans troubles neurologiques, évoluant

depuis 2002. Elle a été opérée quatre fois. Les douleurs persistent. En mai 2010, elle a été vue par le Dr D. _____ qui suspecte un conflit coxo-fémoral à D. Il prescrit un arrêt de travail à 100%. L'assurée a bénéficié le 10.03.2011 d'un levée de conflit coxo-fémoral par arthroscopie de la hanche D. Les suites opératoires ont été marquées par une exacerbation temporaire de la symptomatologie douloureuse. A partir du mois de juin 2011, les douleurs sont comme avant l'intervention chirurgicale mais elle a eu sa cuisse D tuméfiée jusqu'au mois d'avril 2012.

Sur le plan de la capacité de travail, la situation n'a pas changé depuis 2009. Le Dr Z. _____, neurochirurgien, continue à évaluer la capacité de travail de l'assurée à 30% dans une activité adaptée. Il ne donne pas d'argument pour cette importante diminution de la capacité. Le Dr D. _____ évalue aussi la capacité de travail à 30% [recte : 100%], sans donner d'autre explication. Une enquête ménagère effectuée en novembre 2009 a considéré que l'assurée était active à 80% et 20% ménagère. Ils ont évalué les empêchements ménagers à 43,7%. A noter que l'enquête ménagère effectuée en décembre 2005 a estimé les empêchements ménagers à 60,2%. Il n'est pas logique que les empêchements en tant que ménagère soient supérieurs à ceux en tant que secrétaire médicale. Dans un poste de travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles avec des horaires aménagés, j'estime que la capacité de travail de l'assurée est de 50% dans un métier adapté.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire. Doit pouvoir alterner les positions à sa guise. Doit éviter des positions statiques prolongées, tant assise que debout. Doit éviter le port de charges. Doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux.

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

Elle bénéficie de $\frac{3}{4}$ de rente AI à partir du 01.01.2005. Rente complète à partir du 01.08.2005.

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

Elle travaille comme secrétaire indépendante depuis le 02.04.2007. Arrêt de travail à 100% du 17.02 au 30.04.2009. Arrêt de travail prescrit par le Dr D. _____ du 02.11.2010 au 20.12.2011. L'arrêt de travail prescrit par le Dr D. _____ est difficilement justifiable. Lorsqu'il a vu l'assurée, en novembre 2010, elle avait les mêmes douleurs qu'en 2009. Après l'aggravation temporaire des douleurs suite à l'arthroscopie de la hanche de mars 2006 [recte : 2011], l'assurée déclare qu'à partir du mois de juin 2011, elle avait les mêmes douleurs qu'avant l'intervention. Un arrêt de travail prolongé jusqu'au mois de décembre 2012 [recte : 2011] n'est à mon avis, pas justifié. Un arrêt de travail de trois mois après l'intervention de mars 2011, peut être à mon avis, justifié.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle, qui est adaptée : 50%

Depuis le : 01.05.2009."

Dans un avis médical SMR du 30 août 2012, le Dr???. _____ a fait siennes les constatations et conclusions du rapport d'examen clinique

orthopédique du Dr R._____, retenant ainsi une capacité de travail de l'assurée exigible à 50 % depuis le 1^{er} mai 2009 dans son activité habituelle adaptée.

Par décision du 5 octobre 2012 – reprenant l'intégralité des constatations du projet de décision établi le 29 juillet 2011 –, se basant sur un taux d'invalidité de 38,8 % dès le 1^{er} mai 2009, l'Office AI a supprimé le droit à la rente de l'assurée avec effet au 1^{er} décembre 2012. Ses constatations s'articulaient comme il suit :

“Résultat de nos constatations :

En raison de votre état de santé, vous avez été mise au bénéfice d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2005, votre taux d'invalidité ayant été fixé à 62 % et d'une rente entière dès le 1^{er} août 2005, votre degré d'invalidité étant de 92 %.

Au cours de la révision prévue d'office, le Service médical régional AI (SMR) a décidé de vous convoquer pour un examen clinique orthopédique qui a eu lieu le 17 août 2009.

L'anamnèse a révélé que vous aviez subi une nouvelle intervention chirurgicale le 17 février 2009. Cette intervention a permis de diminuer l'intensité et la fréquence de vos lombo-sciatalgies droites. Cette atteinte entraîne des limitations fonctionnelles qui sont respectées dans votre activité professionnelle habituelle de secrétaire. L'expert admet toutefois une incapacité de travail résiduelle de 50 % et vous estime à nouveau apte à reprendre votre activité de secrétaire à 50 % (4 heures par jour) à partir du 1^{er} mai 2009.

Nous tenons à préciser que l'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée.

Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté). (RCC 1978, 65, 1970, 162).

Sans atteinte à la santé, vous auriez poursuivi votre activité professionnelle habituelle de secrétaire à 80 %, activité qui pourrait vous procurer un revenu annuel de Fr. 66'123.- en 2009 (en 2003 votre revenu annuel s'élevait à Fr. 61'750.-, adapté à l'indice 2009 cela donne un revenu annuel de Fr. 66'123.-).

Les 20 % restant correspondent à vos travaux habituels et selon l'enquête économique pour les ménagères faite à votre domicile le 12 [recte : 11] novembre 2009, nous constatons que l'importance de vos empêchements ménagers atteint 44 %.

Calcul de votre invalidité globale dès le 1^{er} mai 2009 :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	66'123.00
avec invalidité	CHF	41'327.00

la perte de gain s'élève à CHF 24'327.00 = invalidité de 37,5 %

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
--------------------	------	-------------	--------------------

Comme active :	80 %	37,5 %	30 %
----------------	------	--------	------

Comme ménagère :	20 %	44 %	
------------------	------	------	--

Degré d'invalidité 38,8 %

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, le droit à la rente s'éteint."

Dans un courrier d'accompagnement daté du 4 octobre 2012 - faisant partie intégrante de la décision de suppression de rente précitée -, l'OAI indiquait à l'assurée qu'il ressortait du nouvel examen orthopédique du 18 juin 2012 que celle-ci bénéficiait d'une capacité de travail dans son activité habituelle de secrétaire encore exigible à 50 % depuis le 1^{er} mai 2009, sous réserve d'un arrêt de travail de trois mois à 100 % après l'intervention du 10 mars 2011. L'Office AI relevait que ledit examen clinique du SMR avait pleine valeur probante, de sorte qu'il devait l'emporter sur les avis des médecins consultés qui n'étaient pas de nature à mettre en doute ses conclusions.

C. Par acte du 8 novembre 2012, M. _____, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de suppression de rente précitée. Elle conclut avec suite de dépens, à la réforme de la décision

attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière dès le 1^{er} mai 2009 avec intérêts à 5 % l'an depuis le 1^{er} décembre 2012. La recourante fait en premier lieu grief à l'intimé de s'être livré à une évaluation erronée de son invalidité car selon elle, ce serait en fonction d'un statut de personne active à plein temps que dite évaluation aurait dû être faite (et non pas sur la base d'un statut mixte). L'Office AI aurait ainsi violé l'obligation d'instruire de l'art. 43 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) en n'instruisant pas cette question, alors que l'assurée avait clairement indiqué au moment de ses objections du 13 septembre 2011 sur le projet de décision son intention (hypothétique) de reprendre une activité professionnelle à 100 %, sa fille étant alors âgée de 17 ans. Alors que l'OAI avait procédé à des investigations médicales complémentaires, il n'avait pas examiné cette question. En cas d'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, la recourante soutient que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 12 novembre 2009 serait incomplet et contradictoire par rapport à celui du 20 décembre 2005. Elle soutient également qu'il se justifierait de tenir compte de l'effet invalidant de l'activité ménagère sur l'activité professionnelle (au maximum 15 % selon la jurisprudence). La recourante critique finalement la valeur probante de l'examen clinique orthopédique SMR du 18 juin 2012 qui est en contradiction avec les évaluations de la capacité de travail exigible selon rapports des Drs Z._____ et D._____ des 13 janvier 2009, 24 septembre 2010 et 20 décembre 2011. Elle conteste également la valeur probante des rapports d'examen SMR des 31 août 2009 et 20 août 2012. Dans son second rapport, le Dr R._____ n'aurait pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé de la recourante. Cet orthopédiste avait fondé le début de la capacité exigible en fonction des seuls troubles dorsolombaires sans tenir compte de l'apparition de nouvelles douleurs en raison de la lésion de la hanche droite. En outre, le Dr R._____ n'a pas instruit la question de la pause d'un neurostimulateur ni l'implication de la forte médication justifiant déjà en soi, selon les médecins traitant, une incapacité de travail à 70 %. La recourante conteste encore la détermination de son revenu d'invalidité d'avis que l'OAI aurait dû évaluer le salaire avec invalidité sur la base du revenu effectivement réalisé, à savoir 6'711 fr. 20 en 2007,

17'400 fr. en 2008 et 6'000 en 2009 (mise en place d'un implant inter-épineux L4-L5 en février 2009). En cas d'application des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), il faudrait retenir un revenu annuel (2009) de 71'256 fr. qui après abattement de 15 % minimum afin de tenir compte des limitations fonctionnelles importantes ainsi que de l'âge de la recourante, s'établirait en définitive à 64'130 fr. 40 pour une activité à plein temps qu'il importe d'adapter au taux d'activité résiduelle exigible. A titre de mesures d'instruction, la recourante requiert d'une part, l'audition par écrit des Drs Z. _____ et D. _____ et d'autre part, la mise en œuvre d'une expertise par un chirurgien orthopédiste FMH.

Au terme de sa réponse du 14 janvier 2013, l'Office AI conclut au rejet du recours. Il s'est déterminé comme il suit sur les griefs soulevés par la recourante :

“La recourante a été examinée le 18 juin 2012 par le Service médical régional de l'AI (SMR). Du rapport d'examen clinique orthopédique du 20 août 2012, il ressort qu'elle présente une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle. Ce rapport remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical.

S'agissant du statut, l'assurée a indiqué dans le formulaire 531bis rempli le 7 février 2007 que, si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à 80 % par nécessité financière et intérêt personnel. Lors de l'enquête ménagère effectuée à son domicile, elle a également déclaré que, si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à 80 %.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances sociales, l'administration est en droit de se fonder sur les premières déclarations de l'assuré. Celles-ci ont plus de poids que les déclarations ultérieures différentes, lesquelles peuvent être inspirées de considérations du droit des assurances sociales (VSI 4/2000 p. 1999).

L'enquêtrice précise que les empêchements ménagers ont diminué par rapport à la dernière enquête réalisée en 2005, dans la mesure où la fille de la recourante peut apporter l'aide exigible.

En ce qui concerne le revenu d'invalidité, nous vous renvoyons à la décision querellée, que nous ne pouvons que confirmer.”

Par réplique du 16 avril 2013, la recourante indique maintenir les conclusions à l'appui de son acte de recours du 8 novembre 2012. Elle

a produit à cet effet, un rapport d'expertise privée du 7 mars 2013 établi par le Dr Q.A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et expert médical certifié SIM du Bureau Indépendant d'Expertises Médicales Appareil Locomoteur (medALithia) à Courroux. Cet expert s'est notamment prononcé comme il suit sur l'état de santé de la recourante ainsi que sur son évaluation au travers des rapports médicaux précédents :

“4.2. Appréciations médicales précédentes de spécialistes

Les rapports SMR de Dr. R._____ (17.08.2009 et 18.06.2012), Dr. J._____ (11.09.2009), Dr. F._____ (18.01.2011) stipulent une exigibilité de capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Seul le rapport du Dr. R._____ spécifie des détails pratiques d'un travail adapté et mentionne que l'activité de secrétaire est adaptée aux limitations fonctionnelles.

5. Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

- « Failed back surgery » (code ICD 10 : M54.4)
- Tassement secondaire de l'espace inter-épineux L4/L5
- Coxarthrose débutante non évolutive avec impingement fémoro-acétabulaire impliquant une lésion labrale.

6. Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

- Status après opération laparoscopique pour calculs biliaires
- Hallux valgus bilatéraux asymptomatiques

7. Effets du problème de santé sur l'activité professionnelle précédente

Les problèmes de santé de l'assuré[e] diminuent sa possibilité de tenir un temps de travail au-delà d'un régime de 30% en tant que secrétaire.

8. Effets du problème de santé sur une activité professionnelle adaptée

L'activité de secrétaire de l'assurée est la mieux adaptée.

9. Possibilités d'amélioration de la capacité de travail à la dernière place de travail et/ou dans une activité adaptée

Il n'y a pas de possibilité d'amélioration de la capacité de travail dans l'état de santé actuel de l'assurée.

10. Pronostics

Les traitements de la douleur en cours sont susceptibles d'atténuer les pics douloureux et alléger certaines tâches de la vie courante mais une amélioration de la productivité par augmentation du temps de travail possible ne peut pas être attendue.

Les pathologies en cause sont d'ordre dégénératif et donc progressives : une amélioration ne peut pas être attendue en ce qui concerne les pathologies dorsales, la pathologie de la hanche est également dégénérative et est donc susceptible de s'aggraver avec le temps sans que l'on puisse savoir actuellement dans quelle mesure et à quelle vitesse.

11. Discussion de rapports médicaux précédents, en particulier en cas de divergence dans l'évaluation de la capacité de travail
Les quatre appréciations d'experts SMR divergentes ont été rédigées sur demande de l'Office de l'AI concerné et ne tiennent pas compte de l'évolution du cas de 2009 à 2012 (coxarthrose droite et arthroscopie de la hanche, effets mineurs de la dernière opération lombaire limités à une réduction de la fréquence des pics douloureux) importante pour l'appréciation de l'incapacité de travail bien que Le Dr. R. _____ les mentionne dans son deuxième rapport du 18.06.2012. Ne sont jamais évoquées les tentatives d'augmenter la capacité de travail à plus de 30% qui ont échouées et pour lesquelles ils existent des données anatomo-pathologiques (adhérences cicatricielles de fibrose périurale, arthroses facettaires lombaires) à l'appui de la symptomatologie douloureuse qui restreint de façon crédible ladite capacité. Cependant l'impact du traitement antidouleur par neuro-stimulateur prévu est pour l'instant inconnu."

Le Dr Q.A. _____ s'est également prononcé comme il suit s'agissant du traitement administré ainsi que sur l'évaluation de la capacité de travail et de gain de la recourante :

"12. Questions supplémentaires non détaillées dans les rubriques ci-dessus

12.1 Traitement actuel:

12.1.1 Nature et importance du traitement actuel

L'assuré[e] à présent bénéficie d'un traitement combiné de médicaments antalgiques et de mesures de thérapies physiques, l'assurée a également des séries de séances de physiothérapie de temps à autre.

Depuis le printemps 2012 elle est en outre suivie au centre de la douleur à l'hôpital de [...] à [...] (Dr. K.A. _____) où elle est en attente pour la pose d'un neuro-stimulateur.

Pour la hanche droite elle est suivie après arthroscopie, pour l'instant en surveillance expectative.

En parallèle et de sa propre initiative elle a des traitements de Raiki, Pilates, des massages et autres médecines parallèles.

12.1.2 Médication actuelle (y compris le dosage)

Le médecin généraliste prescrit par jour de l'Arcoxia 60 mg, du Neurontin 6 à 10 mg/j, du Transtec en patchs à 3,5 mg/h à changer tous les trois jours, du Dafalgan 3 à 4 g au besoin combiné avec du Temgesic 0.2 mg et, en cas de fortes crises, du Temgesic 0,4 mg. Un protecteur gastrique (Pantozol) est administré à long terme.

12.1.3 Répercussion de la médication sur la capacité de travail (degré) :

L'effet secondaire central inévitable des antalgiques forts administrés à l'assuré[e] pose certaines restrictions quant à la capacité du travail qui est aussi réduit[e] en productivité.

12.2. Incapacité de travail:

12.2.1 Durée et taux des incapacités de travail médicalement attestées de 20 % au moins dans la dernière activité en tant que secrétaire

Selon les documents à disposition une incapacité de 20% [a] été attestée du 1.1.2004 au 05.05.2004, puis de 100% à partir du 06.05.2004 au 01.07.2004 puis 50% jusqu'au 30.08.2004, puis de 70% du 01.03.2005 puis de nouveau de 100% à partir du 02.05.2005 jusqu'au 01.04.2007. L'assurée est licenciée pour maladie à longue durée le 01.05.2006. Elle commence un travail comme secrétaire indépendante à 30% depuis le 02.04.2007. Un nouvel arrêt de travail à 100% est attesté du 17.02.2009 au 30.4.2009. Elle reprend son travail indépendant à 15% le 01.05.2009. Une nouvelle incapacité à 100% est attestée du 02.11.2010 jusqu'au 20.12.2011 en relation avec les investigation[s] et le traitement par arthroscopie de sa coxarthrose droite. Depuis son incapacité est à nouveau attestée à 70%.

12.2.2 Enumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes

Restrictions physiques: un travail physiquement léger comme le secrétariat est possible avec la restriction de ne pas pouvoir soulever et porter de dossiers volumineux. La restriction physique majeure toutefois réside dans une forte diminution de l'endurance même pour un travail assis. Ceci ne permet que 3 heures en moyenne pendant 4 jours par semaine. Dans la vie courante les restrictions sont les suivantes: le repas du soir (repas principal) doit être préparé avec l'aide du conjoint ou de sa fille malgré une cuisine adaptée (exemple : des plans de travail surélevés.). Les activités sociales sont fortement restreintes par le fait que l'assuré[e] ne peut pas rester assise ou debout en position inchangée prolongée (cinéma, théâtre, départ en week-end, shopping, sortie du chien).

Restrictions mentales et psychiques: rarement (environ une fois par trimestre) l'assuré[e] ne peut pas aller travailler durant une journée dû à une déprime qui peut être accentuée par le fait qu'elle ne peut pas saisir des objets au sol sans fortes douleurs. Des restrictions psychiques d'ordre psychiatriques ne sont pas avérées.

12.2.3 D'un point de vue médical, l'activité en tant que secrétaire indépendante est-elle encore exigible ? Si oui, à quel degré ?

Oui à 30% de capacité. Ceci est concernant la capacité professionnelle uniquement et ne tient pas compte des diminutions de capacité pour certaines activités domestiques nécessitant de l'aide.

12.2.4 Le rendement est-il réduit ? Si oui, pourquoi et dans quelle mesure ? Oui dans la mesure où l'assurée ne peut pas faire de longs trajets ne peut pas soulever d'objets lourds (dossiers) et ne peut pas rester en position inchangée plus d'environ une demi-heure.

12.2.5 Peut-on s'attendre à une augmentation de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail (si oui, à partir de quelle date et à quel degré) ?

Non en l'état actuel de santé.

12.3 Capacité de gain

12.3.1 Dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible ?

3 heures par jour, 4 jours par semaine, en continuation de ce que l'assurée effectue déjà dans sa profession actuelle bien adaptée au handicap.”

Dans sa duplique du 8 mai 2013, l'Office AI confirme les conclusions de sa réponse. Il a produit en annexe, un avis médical SMR du 30 avril 2013 des Drs???._____ et P._____ dont il ressort en substance que dans son expertise médicale, le Dr Q.A._____ ne retient aucun fait nouveau ni n'évoque ou ne démontre d'aggravation depuis l'examen SMR du 18 juin 2012 ou antérieurement à la décision litigieuse du 5 octobre 2012. Dite expertise consisterait par conséquent en une appréciation différente d'une situation clinique identique et/ou similaire à celle sur laquelle repose l'examen SMR du 18 juin 2012 et la décision AI du 5 octobre 2012.

Dans ses déterminations du 3 juin 2013 sur la duplique de sa partie adverse, la recourante a indiqué maintenir ses conclusions. Elle a produit les documents suivants :

- Une correspondance du 8 février 2013 de son médecin traitant, le Dr N.A._____. Ce dernier prenait position comme il suit en lien avec la suppression de la rente AI de sa patiente :

“Je pensais avoir mal compris ; en effet, cette suppression me paraît irréaliste.

Habituellement, je constate tant à mon cabinet et aussi chez mes proches, que les opérateurs ont tendance à être satisfaits de leur travail et à sous-estimer les difficultés que rencontrent leurs patients au quotidien.

Tant le Docteur Z._____, neurochirurgien que le Dr D._____, orthopédiste paraissent eux avoir compris les difficultés que vous rencontrez dans la vie quotidienne et avoir évalué correctement votre capacité de gain.

Curieusement, c'est l'expert orthopédiste, certes mandaté par l'AI mais censé être neutre qui me semble méconnaître vos limitations. Il est vrai que vous ne l'avez vu qu'une fois et vous faites toujours bonne figure à mauvais jeu.

En reprenant mon dossier depuis 1987, je constate que je vous ai fixé 1 semaine d'arrêt de travail en 1987 et 3 jours en 1992. En 2001, vous m'avez demandé un certificat pour reprendre le travail après l'opération de la vésicule. Dix jours d'incapacité en 25 ans, ce n'est pas trop. Plusieurs fois, vous m'avez demandé des antibiotiques pour ne pas manquer le travail.

Il est possible que l'expert ait été trompé par votre sourire car vous n'êtes pas du style à gémir et faire du théâtre.

En revanche, lors des nombreuses consultations que vous avez eu à mon cabinet pour divers problèmes de santé, j'ai pu constater les difficultés que vous avez pour grimper sur le lit d'examen, pour vous habiller, pour mettre vos chaussures et pour rester assise longtemps.

Je ne vous ai jamais vu courir dans la rue chargé de gros colis. Quand vous dites que ça ne va pas, c'est que ça ne va vraiment pas, et ceci à tout point de vue.

Je ne comprends pas comment votre capacité de gain aurait pu s'améliorer subitement depuis 2009 alors que vos maux de dos n'ont que peu été améliorés par les 4 interventions du Docteur Q._____ et du Docteur Z._____ et que l'opération de votre hanche droite effectuée par le Docteur D._____ n'a pas été un succès non plus.

Quand celui-ci estime votre capacité de travail à 30%, cela me paraît tout à fait correct. En effet, vous avez toutes sortes de limitations : vous ne pouvez pas rester assise devant un écran plus de 30 minutes, vous ne pouvez pas soulever une charge de plus de 5 kilos près du corps une fois et des charges d'un kilo de façon répétée, vous devez constamment changer de position, les mouvements en porte-à-faux sont impossibles.

Malgré toutes ces difficultés, vous ne vous laissez pas aller ; vous musclez votre dos malgré les douleurs, vous faites du sport.

Le traitement antalgique n'est pas maximal : d'une part vous avez pris le parti de faire avec la douleur et d'autre part les médicaments dont des opiacés, vous provoquent beaucoup d'effets secondaires.

J'espère surtout que votre santé va s'améliorer à l'avenir car je sais que vous me demandez de pouvoir travailler plus et ne plus dépendre de l'Al."

- Un rapport du 31 mai 2013 adressé au conseil de la recourante par le Dr Q.A._____ qui prend position sur les commentaires émis par les médecins du SMR en lien avec sa précédente expertise médicale :

"- L'avis médical daté du 30 avril 2013 ne spécifie en aucune façon quelle sorte de questions le SMR aurait voulu me poser. Je suis donc dans l'impossibilité d'y répondre.

- En ce qui concerne la remarque que je ne retiens pas de nouveaux problèmes de santé, il est vrai que tous les éléments qui fondent l'incapacité de travail de 70 % de Madame M. _____ étaient déjà présents lors de la décision de réduire la rente de 70 % à 50 % en 2009 : à part la coxarthrose débutante avec conflit coxo-fémoral, levée entre-temps par voie arthroscopique, qui d'ailleurs n'aurait pas d'incidence supplémentaire sur une incapacité de travail de l'assurée de 50 % ou plus fondée autrement, dans les deux rapports SMR de août et septembre 2009 tous les diagnostics avaient en effet déjà été identifiés, mais pas pris en compte. C'est à ce moment-là qu'il y a eu décision d'un changement sans nouveaux éléments cliniques ni d'anamnèse intermédiaire et notamment pas d'une amélioration qui avait été supposée arbitrairement.
- Pour l'activité adaptée que l'assuré[e] peut exercer trois heures par jour quatre jours par semaine mais non pas cinq jours, l'explication est qu'après deux jours d'affilée à trois heures par jour, sauf exception, l'assurée est obligée d'intercaler un jour sans activité de travail, sous peine d'une aggravation prolongée des symptômes. Formulée autrement l'activité adaptée exigible serait donc de 3 heures 2 x 2 jours par semaine."

Le 18 juin 2013, l'Office AI a produit un nouvel avis médical du 11 juin 2013 des Drs???._____ et J._____ de son SMR. Ces derniers relevaient que dans son courrier du 31 mai 2013, le Dr Q.A._____ admettait l'inexistence de faits nouveaux depuis 2009, excepté de façon temporaire un conflit coxo-fémoral levé par voie arthroscopique « qui d'ailleurs n'aurait pas d'incidence supplémentaire sur une incapacité de travail de l'assurée de 50 % ou plus fondée autrement...». De surcroît le Dr Q.A._____ discutait de la « discussion de réduire la rente de 70 % à 50 % en 2009 », ce qui n'est pas du domaine médical et qui échappe ainsi à la compétence de médecin SMR/expert SIM. Partant l'OAI confirme ses conclusions.

Le 15 octobre 2013, le conseil de la recourante a communiqué la prise de position du Dr Q.A._____ sur les dernières critiques des Drs???._____ et J._____. Le Dr Q.A._____ y relevait en particulier ceci :

"[...]

De plus les médecins du SMR se cachent derrière le fait que la décision de réduire la rente complète à une demi-rente en 2009 n'est pas du domaine médical, alors que cette décision est exclusivement basée sur leurs avis médicaux, puisqu'à ce moment-là il n'y a pas eu d'expertise indépendante.

La remarque qu'il s'agit d'appréciations différentes d'une situation clinique identique s'applique surtout aux divers avis médicaux SMR qui sont contradictoires entre eux : Les mêmes données cliniques que décrit le rapport rhumatologique SMR de 2006 à l'appui de la proposition d'une rente complète octroyée en 2007, qui sont d'ailleurs reprises par les rapports d'avis médicaux SMR de 2009 et 2012, soudain et sans apport de nouveaux éléments, servent depuis 2009 à définir une incapacité de 50 % seulement.

[...]

D'un point de vue médical dans ce cas, la question n'est pas [de savoir] si l'appréciation actuelle de l'incapacité de travail du fait des affections sur le plan orthopédique dont souffre l'assurée, justifie l'octroi à nouveau d'une rente complète sur la base de nouveaux éléments qui mènent à une aggravation supplémentaire, mais il s'agit de mettre en cause la suppression injustifiée de la rente complète en 2009 qui avait été décidée sur la base d'une prise de position médicale arbitraire du SMR en contradiction avec leur propre argumentation en faveur de la rente complète en 2006, prise de position donnée sans amener de nouveaux éléments d'une récupération de capacité de travail exigible qui n'existent d'ailleurs toujours pas dans l'état actuel des choses."

Dans ses ultimes déterminations du 6 novembre 2013, l'OAI a indiqué à nouveau maintenir ses conclusions. Il joignait à cet effet un nouvel avis médical SMR du 29 octobre 2013 des Drs???._____ et J._____ qui observaient que tant dans son travail d'expertise du 7 mars 2013 qu'au travers du dernier courrier du conseil de la recourante, le Dr Q.A._____ n'exposait pas les raisons médicales objectives le conduisant à se distancer de l'examen orthopédique SMR du 18 juin 2012. Les médecins du SMR précisait pour terminer que l'attribution ou la suppression d'une rente n'est pas de la compétence du SMR lequel ne se prononce que sur des questions d'ordre médical.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, 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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile

de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 5 octobre 2012 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} mai 2009 avec intérêts à 5 % l'an depuis le 1^{er} décembre 2012, il est admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail résiduelle, de la recourante à la suite de la révision d'office initiée en janvier 2007 et partant, son droit éventuel à la rente.

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 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

b) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50 % au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TFA I 408/2005 du 18 août 2006, consid. 3.1 et les références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1). La modification du droit aux prestations ne survient toutefois qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ou dès qu'elle a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201], dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011).

d) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans

invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI et 27 RAI).

cc) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 28a al. 3 LAI).

dd) Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 3.3, 125 V 146 consid. 2c et 117 V 194).

4. a) La recourante soutient en premier lieu que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100 % plutôt qu'à 80 %, contrairement aux constatations de l'intimé. Elle appuie cette allégation essentiellement sur les déclarations ressortant de ses objections émises le 13 septembre 2011, précisant que sa fille était alors âgée de 17 ans.

b) En relation avec son statut on constate que dans le formulaire 531bis complété le 7 février 2007 pour la révision d'office de son droit à la rente, la recourante a indiqué qu'en bonne santé elle exercerait l'activité de secrétaire à 80 % pour des motifs financiers et d'intérêt personnel. Puis en cours d'instruction, lors de la seconde enquête économique sur le ménage effectuée le 11 novembre 2009 à son domicile, l'assurée a confirmé ce taux d'activité de 80 %. Ce n'est qu'après réception du projet de décision de suppression de rente du 29 juillet 2011 que l'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme secrétaire à 100 %, sa fille étant âgée de 17 ans. Or selon la jurisprudence, en cas de contradiction entre les premières déclarations de l'assuré et ses déclarations ultérieures, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et 115 V 133 consid. 8c; TF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2). Il y a partant lieu de retenir les premières déclarations de la recourante voulant que, sans atteinte à sa santé, elle exercerait l'activité de secrétaire à 80 %. C'est ainsi à tort que l'assurée reproche à l'intimé de s'être livré à une violation de son devoir d'instruire prévu à l'art. 43 LPGa.

5. a) En lien avec l'établissement de son statut, la recourante conteste le bien-fondé du second rapport d'enquête économique sur le ménage du 12 novembre 2009. A la suivre, ledit rapport aurait été établi de manière incomplète ainsi qu'en contradiction avec celui précédent de décembre 2005.

b) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 137 V 334 consid. 5.1 et 128 V 93). Les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/2006 du 26 juillet 2007, consid. 5.2.1).

Il est ici le lieu de relever qu'environ quatre ans séparent les deux rapports d'enquête auxquels la recourante fait référence. En 2009, l'enquêtrice a observé une diminution des empêchements ménagers par rapport à la dernière enquête datant de 2005. Ainsi que l'enquêtrice E._____ l'a mentionné en dernière page de son rapport, dite baisse s'explique non pas en raison d'une amélioration des limitations de l'assurée dans l'accomplissement de ses activités ménagères bien qu'elle ait subi plusieurs opérations du dos mais tient au fait que sa fille adolescente est en mesure de lui apporter l'aide exigible. Il est également précisé que la famille s'est acheté un appartement, facile à entretenir et sans jardin. Au demeurant, élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, tenant compte des indications de l'assurée, conformément au rapport d'enquête ménagère du 12 novembre 2009, il y a donc lieu de s'en tenir à des empêchements ménagers d'un total de 43.7 % en tenant compte de

l'aide que l'on peut exiger de la fille de l'assurée au titre de l'obligation de réduire le dommage. On constate par surabondance que la recourante ne fait pas état d'éléments justifiant de se distancer de la position de l'Office AI.

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en

pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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; il convient dès lors 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; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de doute, même faible, sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à

l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

7. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, il convient d'examiner s'il y a eu une modification de la situation médicale depuis l'octroi initial du droit aux prestations (à savoir par décisions du 24 novembre 2006) et celle ayant abouti à la décision litigieuse du 5 octobre 2012 justifiant la modification de son droit aux prestations AI (cf. consid. 3c supra). On relève à ce propos qu'est litigieuse la question de savoir si la recourante présente effectivement une amélioration significative de son état de santé dès le 1^{er} mai 2009, date à partir de laquelle l'OAI a retenu qu'elle dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50 % excluant le droit à la rente. On observe par ailleurs et, à titre liminaire, que l'ensemble des médecins consultés s'accorde quant à l'absence d'atteintes psychiques affectant la recourante. Est dès lors seule litigieuse en l'espèce, l'évaluation de son état de santé sur le plan somatique, précisément orthopédique.

a) A lecture des conclusions de l'examen rhumatologique du 12 juin 2006 du Dr C._____, l'état de santé de la recourante n'était alors pas stabilisé compte tenu d'une intervention chirurgicale (stabilisation ségmentaire L5-S1 par voie antérieure pratiquée par le neurochirurgien Dr Z._____) prévue le 12 septembre 2006. Il se justifiait dès lors de prévoir une révision du droit à la rente à compter du mois de janvier 2007, soit trois mois après l'opération précitée. Cet examen est à la base de la décision d'octroi de rente du 24 novembre 2006.

A l'occasion de cette révision d'office, l'assurée a notamment été examinée à deux reprises par le Dr R._____, orthopédiste du SMR. Dans son premier rapport du 31 août 2009, le Dr R._____ pose le diagnostic invalidant de lombosciatalgies persistantes à droite failed back surgery syndrome M 54.4. Cet orthopédiste note alors que l'assurée a entre-temps, soit en février 2009, fait l'objet d'une quatrième intervention chirurgicale lombaire (mise en place d'un implant inter-épineux L4-L5 par le Dr Z._____, cf. examen radiologique du 19 mars 2009 du Dr

G._____). Le Dr R._____ retient que cette opération a permis une diminution de l'intensité des lombalgies ainsi que de la fréquence des sciatalgies à droite. Il note par ailleurs un traitement antalgique largement susceptible d'être amélioré. Dans ces circonstances, cet orthopédiste est d'avis que la recourante présente une capacité de travail exigible à 50 % dans son activité habituelle de secrétaire indépendante depuis le 1^{er} mai 2009. A l'occasion de son nouvel examen en juin 2012, le Dr R._____ pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies persistantes à droite (sans trouble neurologique) failed back surgery syndrome M 54.4 et de status après levée de conflit coxo-fémoral par voie arthroscopique hanche droite. Ce dernier diagnostic s'explique en raison d'une arthroscopie à la hanche en question dont a bénéficié la recourante en date du 10 mars 2011. L'orthopédiste du SMR observe que les suites opératoires ont été marquées par une exacerbation temporaire de la symptomatologie douloureuse et retient à ce titre, une incapacité de travail totale de mars 2011 au mois de juin 2011. Dès cette dernière date, le Dr R._____ est d'avis que les douleurs étant revenues à leur stade avant l'intervention, l'assurée dispose à nouveau d'une capacité de travail exigible à 50 % telle que retenue depuis le 1^{er} mai 2009 dans son travail de secrétaire indépendante. Ces constatations et conclusions sont reprises par le Dr???._____ au terme d'un avis médical SMR du 30 août 2012, suivi ensuite par l'intimé au terme de la décision attaquée du 5 octobre 2012.

Cette appréciation de la situation médicale de la recourante n'est pas partagée par les médecins consultés par celle-ci. Ainsi dans son rapport du 20 avril 2007, le Dr Z._____ mentionne une amélioration partielle de l'état de santé de sa patiente mais avec une persistance des lombalgies. Contrairement à ce qu'affirme le Dr R._____, le Dr Z._____ explique qu'il retient une capacité de travail de 30 % depuis 2007 en raison de la persistance de douleurs lombaires importantes. Finalement le Dr R._____ retient le 17 août 2009 une amélioration des lombalgies sur la base des rapports du Dr Z._____ et de l'intervention de celui-ci du mois de février 2009, alors que celui-ci constate que l'état de santé de la recourante est stabilisé par rapport à la première décision d'octroi de l'AI

et que les douleurs ont persisté et sont comparables aux douleurs avant opération. Le 13 janvier 2009, le Dr Z._____ mentionne à nouveau un état stable et inchangé s'agissant des lombalgies depuis avril 2007, justifiant une capacité de travail de la recourante d'au maximum 30 % dans son activité professionnelle habituelle. Le 24 septembre 2010, ce même médecin relate, compte tenu de la persistance de douleurs dans la jambe droite, une suspicion de coxarthrose en précisant qu'une demande d'un avis orthopédique spécialisé a été faite. Il mentionne également la persistance de douleurs importantes. Dans son rapport du 20 décembre 2011, le Dr D._____, chirurgien orthopédiste, retient une incapacité de travail de l'assurée de 100 % dès le 2 novembre 2010 en raison de douleurs à la mobilité et en position assise. A le suivre, il n'y a pas d'amélioration à attendre le pronostic étant réservé. Ces observations sont corroborées par le courrier médical adressé par cet orthopédiste au Prof. H._____ le 20 septembre 2011 - soit près de six mois après l'intervention à la hanche droite -, dont il ressort que l'arthroscopie de mars 2011 s'est révélée sans succès sur les douleurs avec au contraire une exacerbation de celles-ci au niveau de la hanche de la recourante. Les avis des Drs Z._____ et D._____ ont ensuite été partagés par le médecin traitant (cf. rapport du 8 février 2013 du Dr N.A._____) ainsi que par le Dr Q.A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Au terme de son rapport d'expertise médicale privée du 7 mars 2013, ce dernier médecin a posé les diagnostics invalidants de failed back surgery (code ICD 10 : M54.4), de tassement secondaire de l'espace inter-épineux L4/L5 et de coxarthrose débutante non évolutive avec impingement fémoro-acétabulaire impliquant une lésion labrale.

En l'état du dossier, on constate que dans leurs appréciations des 31 août 2009 (Dr R._____), 11 septembre 2009 (Dr J._____), 18 janvier 2011 (Dr F._____), 20 août 2012 (Dr R._____) et 30 août 2012 (Dr???._____), les médecins du SMR ne tiennent pas compte de l'évolution de l'état de santé de la recourante de 2009 à 2012, voire de 2006 à 2012. Les rapports médicaux du Dr Z._____ des 13 janvier 2009 et 24 septembre 2010, sur lesquels se fonde pourtant le Dr R._____ pour justifier la mise en évidence d'une réduction de l'incapacité de travail de

l'assurée à 50 % dès le 1^{er} mai 2009, mentionnent tous deux un état stable de l'assurée depuis avril 2007 s'agissant des lombalgies avec la persistance de douleurs importantes auxquelles s'est ajoutée une lombosciatique chronique. Il n'en va pas différemment du rapport du 20 décembre 2011 établi par le Dr D._____ dont il résulte même une péjoration de la situation médicale (incapacité de travail de la recourante de 100 % dès le 2 novembre 2010), l'arthroscopie pratiquée le 10 mars 2011 n'ayant pas eu le succès escompté. Au vu de ces circonstances, on peine dès lors à comprendre comment la capacité de travail de la recourante a pu s'améliorer comme le soutiennent les médecins du SMR et la décision de l'OAI qui retiennent que ces interventions ont permis de diminuer l'intensité des douleurs lombaires et la fréquence des sciatalgies à droite par rapport à novembre 2006, date des décisions initiales d'octroi de rentes, étant encore précisé que les quatre interventions chirurgicales lombaires n'ont pas apporté d'amélioration significative (la dernière opération lombaire ayant uniquement limité la fréquence des pics douloureux, cf. pt. 11 en P. 13 du rapport d'expertise médicale du 7 mars 2013 du Dr Q.A._____). Au terme de son expertise, le Dr Q.A._____ est ainsi d'avis que la capacité de travail résiduelle de la recourante est de 30 % dans l'activité de secrétaire bien adaptée au handicap (3 heures par jour à raison de 4 jours par semaine) sans que l'on doive s'attendre à une quelconque amélioration. Au vu du traitement prodigué (cf. pt. 12 en P. 14 du rapport d'expertise médicale du 7 mars 2013 du Dr Q.A._____), il ne fait aucun doute que ses effets secondaires affectent la capacité de travail de la recourante sous la forme d'une diminution de la productivité. Par ailleurs l'impact de la pose d'un neurostimulateur en tant que traitement anti-douleurs prévu n'a pas été discuté ni même évoqué par les médecins du SMR (cf. pts. 11 et 12 du rapport d'expertise médicale du 7 mars 2013 du Dr Q.A._____).

b) Dans ces circonstances - et contrairement à ce que retiennent les médecins du SMR dans leurs avis des 30 avril 2013 et 11 juin 2013 -, l'appréciation émise par le Dr Q.A._____ ne peut être assimilée à une appréciation divergente d'une situation médicale identique à celle sur laquelle repose l'examen SMR du 18 juin 2012 et, par

la suite, la décision attaquée. L'instruction menée par l'intimé s'avère en réalité insuffisante dès lors que l'évolution des atteintes à la santé de 2006 à 2012 n'a pas été correctement examinée sur la base des renseignements médicaux pourtant à disposition. On ne saurait en l'état trancher le litige à satisfaction de droit, c'est-à-dire déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est amélioré ou plutôt aggravé depuis les décisions initiales d'octroi de rentes, dans la mesure où les médecins n'ont pas examiné l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis lors. Contrairement à ce que soutiennent les médecins du SMR dans leurs rapports des 11 juin 2013 et 29 octobre 2013, la disposition de l'art. 17 LPGA impose de comparer la situation médicale au moment des décisions d'octroi de rentes, en l'occurrence le 24 novembre 2006, avec celle ayant abouti à la décision litigieuse du 5 octobre 2012. Il s'agira également d'examiner quel est l'impact des traitements anti-douleurs sur la capacité de travail de la recourante ainsi que l'effet que pourrait avoir la pose d'un neurostimulateur sur la persistance de ses douleurs lombaires.

8. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence,

en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 7a et b supra), l'instruction menée par l'intimé sur le plan orthopédique est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise orthopédique (art. 44 LPGA). En l'état, vu l'issue de la procédure, la question de la détermination de son revenu d'invalidé soulevée par la recourante peut souffrir de demeurer ouverte jusqu'à nouvelle décision de la part de l'OAI, de même que l'éventuel effet invalidant de l'activité ménagère sur l'activité professionnelle.

9. Le recours doit dès lors être partiellement admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

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'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être

exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 francs.

b) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit à des dépens réduits, arrêtés à 2'000 fr. TVA comprise, à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 5 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'000 francs (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :