

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/561/2014

ATAS/1324/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1955, originaire de Serbie et Monténégro, est arrivée en Suisse le 17 mai 1993 et a travaillé en qualité de nettoyeuse auprès de plusieurs entreprises.
2. Souffrant de cervico-dorso-lombalgies, elle a consulté la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui a diagnostiqué, à teneur de plusieurs rapports, une fibromyalgie et un état dépressif et a conclu à une totale incapacité de travail à compter du 19 septembre 2002.
3. Du 25 novembre au 6 décembre 2002, l'assurée a été hospitalisée au service de rhumatologie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où ont été posés les diagnostics d'état dépressif sévère et d'hypertension artérielle.
4. L'assurée était également suivie par le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Selon le rapport établi par ce médecin en date du 15 avril 2003, tous les points de fibromyalgie étaient nettement positifs. Le médecin a conclu à un syndrome douloureux diffus chronique, évoluant depuis deux ans, associant douleurs articulaires diffuses, centrées sur le rachis lombaire, avec des céphalées, des épigastralgies, des troubles du sommeil et une fatigabilité importante, le tout s'intégrant dans le syndrome fibromyalgique évoqué. Un syndrome lombo-vertébral modéré et une discrète discopathie débutante L5-S1 venaient s'y ajouter. Enfin, il existait vraisemblablement une composante de périarthrite de la hanche gauche, laquelle pouvait expliquer les très fortes douleurs dans cette région. En revanche, il n'y avait aucun argument clinique plaidant en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Le Dr C_____ n'était pas optimiste quant à une prochaine reprise de l'activité professionnelle de nettoyeuse.
5. Le 10 septembre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
6. Dans un rapport établi le 18 septembre 2003, la doctoresse D_____, médecin auprès de la division de rhumatologie des HUG, a fait état des diagnostics suivants : état dépressif sévère et cervico-dorso-lombalgies chroniques, ayant entraîné une incapacité de travail de 100% du 19 septembre au 20 décembre 2002 (renvoi était fait, s'agissant de la période postérieure, à l'avis de la Dresse B_____). Ont également été mentionnées, en précisant qu'elles étaient sans effets sur la capacité de travail, une hypertension artérielle et une gastrite.
7. Dans un rapport du 8 octobre 2003, le Dr C_____ a évoqué une exacerbation des douleurs, avec une impulsivité à la toux et une boiterie importante. Selon ce médecin, l'assurée présentait, dans le contexte de syndrome douloureux chronique, une lombosciatique droite aiguë de typographie S1, légèrement déficitaire sur le

plan sensitif, réflexe et moteur. Après cinq jours de traitement de cortisone, la lombosciatalgie droite s'était nettement améliorée et la boiterie avait disparu. En revanche, le syndrome douloureux chronique était resté inchangé.

8. Dans un rapport du 25 octobre 2003, la Dresse B_____ a conclu à un état dépressif sévère, à un syndrome douloureux diffus et à des lombosciatalgies déficitaires. Elle a expliqué que l'assurée avait été hospitalisée en novembre 2002 en raison de l'aggravation des cervico-lombalgies. Malgré le traitement antalgique, aucune amélioration n'avait été constatée. La prise en charge psychologique avait également échoué. Le pronostic quant à une possible reprise de travail était dès lors très réservé. La Dresse B_____ préconisait une expertise par un psychiatre habitué aux problèmes transculturels.
9. Dans un rapport intermédiaire du 21 octobre 2004, le médecin traitant a fait état d'une aggravation de l'état de sa patiente, sans changement dans les diagnostics. Le médecin disait n'avoir constaté aucune amélioration, malgré tous les traitements entrepris (anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], antalgiques, physiothérapie, antidépresseurs, etc.). Anamnestiquement, il y avait eu aggravation ; cependant, cliniquement, l'état était stable, avec un traitement conservateur. En raison des troubles psychiques, une prise en charge psychiatrique était nécessaire, mais compliquée par les problèmes de langue et de culture.
10. Dans des rapports ultérieurs des 22 août 2005 et 20 mai 2007, la Dresse B_____ a confirmé l'absence d'amélioration clinique, somatique ou psychique et a émis une nouvelle fois un pronostic réservé.
11. Une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neurologique a été effectuée entre le 27 juillet et le 17 septembre 2007 par la docteure E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et les docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et médecine du sport, et G_____, spécialiste FMH en neurologie, médecins auprès du centre d'expertise médicale (CEM).

Dans leur rapport du 18 décembre 2007, les experts ont retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes somatiques (F32.0), syndrome radiculaire S1 irritatif modéré du membre inférieur droit, troubles dégénératifs lombaires légers. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans conséquences sur la capacité de travail : un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), une hypertension artérielle traitée et une gastrite chronique.

Les experts ont relaté que l'assurée se plaignait de douleurs lombaires chroniques irradiant dans le membre inférieur droit, insupportables, perturbant le sommeil et limitant les activités de la vie quotidienne. S'y ajoutaient des céphalées occipitales continues, généralement liées aux douleurs lombaires.

A l'examen clinique, les médecins ont notamment constaté que la région lombaire basse autour de L5-S1 était diffusément douloureuse, prédominant à droite. Il y avait une hypertonie voire des contractures musculaires postéro-latérales de la

cuisse droite et au niveau de la région centrale du mollet droit mais pas de signe d'irritation radiculaire ou de déficit moteur. Il existait cependant une légère diminution de la sensibilité et une aréflexie achilléenne droite. Au niveau cervical, les médecins avaient surtout constaté une hypertonie de la musculature paravertébrale peu douloureuse, sauf au niveau de l'insertion occipitale, où la palpation locale reproduisait la symptomatologie décrite à ce niveau. Un trigger point localisé avait été constaté dans la région du muscle grand pectoral proche de son insertion humérale. L'examen électroneuromyographique (ENMG) avait montré une atteinte focale isolée, avec des signes discrets d'une dénervation de la musculature paraspinale lombaire inférieure droite. Ces éléments évoquaient une irritation radiculaire S1 droite, non déficitaire. Le syndrome radiculaire irritatif discret pouvait probablement être amélioré par une infiltration sous scanner de la racine S1 droite, en association avec de la physiothérapie. Cela étant, même si la réponse à ce traitement était favorable, la présence d'une atteinte discale L4-L5 et L5-S1, quand bien même elle n'était pas majeure, pouvait entraîner une irritation radiculaire récidivante. Cette constatation contre-indiquait toute activité physique modérée à lourde, étant donné que cela pouvait aggraver le syndrome radiculaire. Les constatations cliniques ne permettaient pas d'expliquer l'importance des douleurs et du handicap fonctionnel décrits par l'assurée mais elles limitaient son activité professionnelle en tant que femme de ménage, ladite activité pouvant être qualifiée de modérée à lourde, sollicitant considérablement le rachis. Cependant, dans une activité adaptée, légère, la capacité de travail était de 80%.

Sur le plan psychique, l'assuré présentait un état dépressif d'intensité moyenne, manifestement sous-traité vu le taux plasmatique d'antidépresseur non détectable et l'absence de soutien psychiatrique spécialisé. En outre, selon l'anamnèse et les éléments à disposition, l'assurée souffrait également d'un trouble somatoforme persistant, avec une identité de malade cristallisée. Les troubles psychiques de l'assurée, toutefois réversibles avec un traitement adéquat, justifiaient en l'état une incapacité de travail de 50%. Il n'y avait pas de critères suffisants plaçant en faveur d'une fibromyalgie au moment de l'expertise, étant toutefois précisé que les symptômes pouvaient varier dans le temps.

Le pronostic était mitigé : d'une part, positif en raison de la traitabilité des troubles de l'humeur et du syndrome radiculaire mais d'autre part, négatif, compte tenu du trouble douloureux somatoforme persistant avec une identité de malade cristallisé et l'absence de circuit professionnel depuis plus de cinq ans.

Forts de ces constatations, les médecins du CEM ont considéré que l'assurée pouvait exercer une activité légère, respectant l'ergonomie du rachis (pas de port de charges lourdes, ni de gestes répétitifs des membres supérieurs nécessitant la participation des muscles stabilisateurs du tronc) et permettant l'alternance des positions assise et debout toutes les 30 minutes, à raison de 4 heures par jour (50%). Après traitement des troubles psychiques, entraînant un ralentissement cognitif et comportemental, la capacité de travail de l'assurée devait se situer entre 80 et

100%. En annexe à ce rapport d'expertise figuraient notamment les résultats de l'évaluation du Dr G_____, du 18 septembre 2007.

12. Le 25 avril 2008, l'OAI a demandé à la Dresse B_____, d'une part, de procéder au dosage plasmatique d'antidépresseur, d'autre part, de lui indiquer si l'assurée était au bénéfice d'un soutien psychiatrique spécialisé et, dans l'affirmative, de lui transmettre les coordonnées du médecin.
13. Par courrier du 21 mai 2008, la Dresse B_____ a transmis les résultats du dosage, dont il ressortait que l'assuré prenait son traitement antidépresseur. S'agissant du suivi psychiatrique, le médecin traitant a expliqué que sa patiente ne souhaitait pas voir de psychiatre, car dans sa culture, ceux qui étaient suivis par un médecin de cette spécialisation étaient considérés comme « fous ». La Dresse B_____ a également rappelé que l'assuré prenait des médicaments antalgiques de façon répétée et qu'elle se plaignait de douleurs continues. Elle estimait dès lors que sa patiente ne pouvait pas reprendre une activité, étant donné qu'elle était incapable de s'occuper de son ménage, vu ses douleurs.
14. Le 17 juin 2008, le Service médical régional de l'AI (SMR), sous la plume du docteur J_____, a émis l'avis qu'il convenait de se fonder sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et d'admettre que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle de nettoyeuse, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues mais qu'en revanche, dans une activité légère, respectant l'ergonomie de son rachis et permettant une alternance des positions assise et debout, elle avait recouvré la capacité de travailler à 100%, avec une baisse de rendement de 20% au maximum dès mai 2008, étant précisé que la capacité de travail avait été de 50% entre janvier et mai 2008.
15. Compte tenu du taux d'activité partiel précédemment adopté par l'assurée, une enquête ménagère a été réalisée, qui a donné lieu à un rapport, le 27 août 2008, évaluant les empêchements dans les diverses activités du ménage de la manière suivante :

travaux	pondération	empêchement	invalidité
conduite du ménage	5%	0%	0%
alimentation	40%	5%	2%
entretien du logement	20%	40%	8%
emplettes et courses diverses	10%	0%	0%
lessive et entretien des vêtements	20%	30%	6%
soins aux enfants	5%	0%	0%
total	100%		16%

Le 14 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2003 au 31 mars 2008.

16. Par courrier du 14 novembre 2008, l'assurée a contesté ce projet et manifesté son désaccord avec l'appréciation de sa capacité de travail par le Dr G_____ et l'évaluation de ses empêchements dans le ménage.
17. Par décision du 16 avril 2009, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière entre le 1^{er} février 2003 et le 31 mars 2008.

L'OAI a retenu qu'au moment de son arrêt de travail, en février 2002, l'assurée exerçait deux activités : 10 h./sem. chez un premier employeur, 10 h./sem. chez un second. L'horaire normal dans ces deux entreprises étant de 44 h./sem., cela correspondait à un taux d'occupation de 45%, les 55% restants correspondant aux travaux habituels (ménage).

Compte tenu de l'appréciation du SMR, l'évaluation de l'invalidité était la suivante :

Le 19 février 2002, soit à l'échéance de l'année de carence requise, le degré d'invalidité était de 100% :

activité partielle	part	empêchement	invalidité
nettoyeuse	45%	100%	45%
ménagère	55%	100%	55%
degré d'invalidité			100%

Dès janvier 2008 (selon le SMR : capacité de travail de 50% par rapport à un 100% dans une activité adaptée), le degré d'invalidité était de 27,5% :

activité partielle	part	empêchement	invalidité
nettoyeuse	45%	0%	0%
ménagère	55%	50%	27.5%
degré d'invalidité			27.5%

Dès le mois de mai 2008 (selon le SMR : capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% au maximum), le degré d'invalidité était de 8,8 %, arrondi à 9 %:

activité partielle	part	empêchement	invalidité
nettoyeuse	45%	0%	0%
ménagère	55%	16%	8.8%
degré d'invalidité			8.8%

Cette décision est entrée en force.

18. Le 26 octobre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant des douleurs à la nuque, au dos et aux jambes.
19. Par courrier du 31 octobre 2011, l'OAI lui a demandé de rendre plausible une modification de la situation ayant une influence sur ses droits, l'informant qu'à défaut, il n'entrerait pas en matière.
20. La Dresse B_____ a répondu à l'OAI, par courrier du 28 novembre 2011, que sa patiente, bien que suivie par la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et sous traitement, n'avait vu aucune amélioration de sa thymie. Sur le plan somatique, l'assurée souffrait d'une protrusion discale L4-L5 et L5-S1, avec irradiation radiculaire S1 à droite et L5 à gauche, nécessitant un traitement de fond. Parfois, elle souffrait également de troubles sensitivomoteurs répondant à l'introduction de corticoïdes sur quelques jours. Ces douleurs chroniques avec exacerbation ne permettaient toutefois aucune activité physique et l'assurée n'arrivait pas à faire son ménage.

La Dresse B_____ a joint à son courrier :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire du 3 mars 2010, mettant en évidence une discopathie, associée à une arthrose L4-L5, sans hernie discale, ainsi qu'une protrusion discale en contact avec l'origine de la racine S1 à droite et au niveau de la partie moyenne de la racine L5 à gauche, pouvant réaliser un conflit radiculaire à ce niveau ;
 - un courrier du Dr C_____, du 8 juin 2011, diagnostiquant une exacerbation des lombosciatalgies droites chroniques ; lors de l'examen clinique, l'assurée était très algique et difficilement examinable ; la mobilité du rachis lombaire était diminuée dans tous les plans ; à l'examen segmentaire, le médecin avait relevé des douleurs diffuses, mais prédominant au niveau L5-S1 ; le signe de Lasègue était négatif ; il n'y avait ni syndrome d'irritation radiculaire ni déficit moteur, mais en revanche, absence de réflexe achilléen droit, ce qui était compatible avec une atteinte S1, comme suggérée par l'IRM lombaire ; l'assurée décrivait en outre une hypoesthésie diffuse du membre inférieur droit, mal systématisée, mais prédominant à la face latérale de la cuisse et de la jambe droite ; en conclusion, l'assurée présentait une exacerbation des lombosciatalgies droites chroniques évoluant dans un contexte de syndrome de douleurs chroniques et de dépression.
21. Par courrier du 1^{er} décembre 2011, la Dresse K_____ a confirmé suivre régulièrement l'assurée depuis le 2 septembre 2010. Malgré divers antidépresseurs à haut dosage et un suivi régulier, les intenses douleurs – décrites par l'assurée comme une sciatique apparue après un blocage totale de la jambe droite, avec des répercussions vers la région des omoplates et une irradiation douloureuse vers les seins – n'avaient pas diminué, de sorte que l'état dépressif restait important.

L'assurée se plaignait en outre de fatigue et d'une « non-envie » généralisée. Elle s'inquiétait également pour son mari, qui avait dû être rapatrié d'urgence en Suisse consécutivement à une hémorragie cérébrale, suite à laquelle il ne pouvait quasiment plus se déplacer. Outre le traitement médicamenteux, l'assurée suivait également des séances de physiothérapie toutes les deux semaines.

22. Dans un rapport du 7 février 2012, la Dresse K_____ a retenu les diagnostics de protrusion discale L4-L5 et L5-S1 avec irradiation radiculaire S1 à droite et L5 à gauche, dépression importante liées aux douleurs chroniques dorsales et dans les pieds (avec effet sur la capacité de travail) et HTA (sans effet sur la capacité de travail). Les symptômes étaient les suivants : difficultés de concentration, asthénie, difficultés d'endormissement, insomnies, problèmes de mémoire, etc. Le pronostic était très réservé, voire mauvais. La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle. En outre, en raison de l'importante dépression secondaire aux douleurs (« crampes » importantes dans les jambes la réveillant la nuit, correspondant aux irradiations radiculaires S1-L5 gauche), l'assurée était également incapable d'exercer une activité adaptée. A titre de limitations fonctionnelles, la Dresse K_____ mentionnait l'importante dépression de sa patiente, ainsi que l'impossibilité pour elle de se baisser et une boiterie. L'état de santé n'était pas stabilisé et se péjorait depuis le début du suivi, en septembre 2009. L'assurée ne réagissait pas aux antidépresseurs à dosage élevé. Elle dormait mieux, suite à l'introduction d'un somnifère neuroleptique, mais les crampes dans les cuisses et/ou les mollets la réveillaient la nuit ; s'y ajoutaient des maux de tête.
23. Le 5 mars 2012, la Dresse B_____ a retenu les diagnostics de protrusion discale L4-L5 et L5-S1 et d'état dépressif avec syndrome douloureux chronique. L'état de santé de sa patiente s'était aggravé, malgré une prise en charge depuis deux ans. Le pronostic était réservé.
24. Une IRM lombaire a été effectuée le 9 mars 2012, qui a montré : une lombarthrose inter-somatique avec dessiccation L4-L5 et pincement discal et dessiccation discale L5-S1, un débord discal circonférentiel harmonieux avec bombement discal médian à l'étage L5-S1, un MODIC de grade 1-2 à prédominance graisseuse avec débord discal circonférentiel et rétrécissement foraminaux relatif gauche sans signe de souffrance radiculaire L5 ainsi qu'une surcharge facettaire L4-L5 débutante et L5-S1 prédominant en L5-S1 gauche.
25. Le 30 mars 2012, l'assurée s'est soumise à une arthrographie sacro-iliaque bilatérale sous contrôle scopique et scanographique, lors de laquelle une douleur connue a été constatée. Lors de cet examen, les douleurs étaient restées à un chiffre AVS de 8 tant en position assise qu'à la marche. Le bloc de douleurs était encore négatif au niveau des sacro-iliaques.
26. Sur mandat de l'OAI, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué le 23 novembre 2012 par les docteurs L_____, spécialiste en rhumatologie,

médecine physique et rééducation, et M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport du 12 décembre 2012, ces médecins ont conclu à : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11), à un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.5) et à des lombosciatalgies droites, avec déficit des réflexes, dans un contexte de protrusion discale aux deux derniers étages lombaires et troubles dégénératifs postérieurs (M 54.4). Ils ont également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z 60.0), des difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3) et une pré-obésité.

Sur le plan somatique, l'assurée présentait des lombosciatalgies droites non irritatives, dans un contexte de protrusion discale sur les deux derniers étages lombaires et de troubles dégénératifs postérieurs débutants, avec une discordance marquée entre les constatations radio-cliniques objectivables et le comportement ou ressenti douloureux algique de l'assurée. Les médecins ont également relevé 12/18 points de Smythe, plaidant en faveur d'une fibromyalgie.

Les médecins du SMR ont conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement répété de flexion-extension du tronc, d'attitude en porte-à-faux, de port de charges répété au-delà de 5kg, occasionnel au-delà de 10 kg, de marche au-delà de 1 km, de station assise prolongée au-delà d'une heure, ou encore, de station debout prolongée au-delà de 30 minutes.

Sur le plan psychique, par rapport à l'expertise psychiatrique du CEM, la situation avait évolué : les médecins du SMR avaient constaté, lors de leur examen clinique, que l'état dépressif de l'assurée était désormais accompagné de troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, ainsi que d'importants troubles du sommeil. Ils ont retenu un état dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant, accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte partielle d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et de l'échec de traitements. Selon les médecins, les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant à ce syndrome étaient ainsi réunis et fondaient un pronostic défavorable. Depuis 2007, l'état dépressif de l'assurée ne s'était pas amélioré de manière suffisamment significative pour justifier une augmentation de la capacité de travail, laquelle était désormais de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

27. Le 3 janvier 2013, le SMR, sous la plume du Dr N_____, a émis l'avis qu'il fallait s'en tenir aux conclusions des experts.
28. Une nouvelle enquête ménagère a été effectuée le 19 novembre 2013, qui a évalué les empêchements de la manière suivante :

travaux	exigibilité en %	pondération en %	empêchement en %	empêchement pondéré
conduite du ménage		5%	0%	0%
<i>exigibilité</i>	0%		0%	0%
alimentation		45%	25%	11.25%
<i>exigibilité</i>	25%		0%	0%
entretien du logement		20%	35%	7%
<i>exigibilité</i>	30%		5%	1%
emplettes et courses diverses		10%	25%	2.5%
<i>exigibilité</i>	25%		0%	0%
lessive et entretien des vêtements		20%	35%	7%
<i>exigibilité</i>	26%		9%	1.8%
soins aux enfants		0%	0%	0%
<i>exigibilité</i>	0%		0%	0%
total du champ d'activités				100%
<i>total de l'exigibilité retenue</i>				24.95%
total – empêchement pondéré sans exigibilité				27.75%
total – empêchement pondéré avec exigibilité				2.8%

29. Dans une note interne datée du 25 novembre 2013, l'OAI a procédé à une évaluation initiale du taux d'invalidité manifestement erronée, l'amélioration attendue en 2007 ne s'étant pas produite. Relevant que la rente devrait être versée dès le premier jour du mois où le vice avait été découvert et qu'en l'occurrence, l'erreur avait été découverte lors de l'examen du SMR du 23 novembre 2012, l'OAI en a tiré la conclusion qu'une rente pouvait être octroyée dès cette date. Le taux d'invalidité global étant toutefois inférieur à 20% selon la méthode mixte, il fallait refuser toute prestation.

En annexe à cette note figurait le détail du calcul d'invalidité après comparaison du salaire annuel brut après invalidité (CHF 20'567.- pour un taux de travail de 45% et après abattement de 15%) au salaire annuel brut sans invalidité réactualisé (CHF 21'406.-), conduisant à une perte de gain de CHF 838.-. En tenant compte des empêchements dans le ménage, évalués à 2.8%, le degré d'invalidité global s'élevait à 3.3%.

30. Le 26 novembre 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait que sa décision initiale était manifestement erronée et devait être reconsidérée mais que le degré d'invalidité, de 4%, n'ouvrait droit ni à un reclassement, ni à une rente d'invalidité.

31. Par opposition du 23 décembre 2013, complétée le 11 janvier 2014, l'assurée s'est opposée à ce projet en contestant notamment que les conditions d'une reconsidération fussent remplies.
32. Par décision du 20 janvier 2014, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation en précisant que les conditions d'une reconsidération (particulièrement celle de l'importance notable) n'étaient pas réalisées, le taux d'invalidité n'étant pas suffisant pour ouvrir droit à des prestations.
33. Par écriture du 24 février 2014, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'à épuisement du droit, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

A l'appui de ses conclusions, la recourante allègue tout d'abord une violation de son droit d'être entendue et plus particulièrement de son droit à une décision motivée.

Elle invoque l'absence de motifs justifiant une reconsidération, expliquant qu'une divergence d'opinion entre experts ne remplit manifestement pas la condition de l'erreur manifeste ni celle de l'importance notable.

Enfin, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du 23 novembre 2012, reprochant aux experts de ne pas s'être forgé leur propre appréciation de sa capacité de gain mais d'avoir repris celle de l'expertise de 2007.

34. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 mars 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimé précise que l'erreur ayant influencé sa décision initiale concernait les conséquences du traitement psychiatrique sur la capacité de travail, les experts ayant examiné la recourante en 2007 prévoyant une capacité de travail de 100% après traitement psychiatrique. Or, dans les faits, cette amélioration ne s'était pas produite.

En réalité, il ne s'agit pas d'une reconsidération mais d'une appréciation différente, au demeurant en faveur de la recourante. Il n'y a ainsi eu aucune reconsidération, le dispositif de la décision n'en faisant d'ailleurs pas état. Ledit dispositif rejette la demande, faute d'un degré d'invalidité suffisant. Cela étant, quand bien même le droit d'être entendue de la recourante aurait été violé, les explications de l'intimé et le plein pouvoir d'examen de la Cour permettent de réparer cette violation.

Enfin, s'agissant de l'expertise, l'intimé considère que, contrairement aux allégations de la recourante, les médecins du SMR ne se sont référés à l'expertise de 2007 que pour relever que l'amélioration attendue ne s'était pas produite. Pour le surplus, il relève que la recourante ne remet en question ni le taux d'invalidité, ni la capacité de travail retenue ni son statut.

35. Le 6 mai 2014, la recourante a persisté dans les termes de son recours.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé au point d'influencer son droit aux prestations.

-
6. La recourante invoque, tout d'abord, une violation de son droit d'être entendue dans la mesure où la décision querellée est, selon elle, incompréhensible.

Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment).

a. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a).

b. En l'espèce, la décision querellée est rédigée en trois parties. Dans un premier temps, l'OAI cite les bases légales applicables, y compris l'art. 53 al. 2 et 3 LPGA relatif à la reconsidération. Dans un deuxième temps, l'intimé résume le résultat de ses constatations antérieures à la soumission du projet de décision à la recourante. Enfin, dans une troisième partie, l'OAI précise le résultat de ses constatations « suite à audition », soit en d'autres termes, suite aux objections formulées par la recourante suite à son projet de décision.

Dans le chapitre « résultat de nos constatations », l'OAI explique en substance que la décision initiale du 16 avril 2009, laquelle mettait l'assurée au bénéfice d'une rente limitée dans le temps, se fondait sur un rapport du SMR, faisant état d'une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20% dès mai 2008. L'intimé précise avoir constaté que cette évaluation ne concordait pas entièrement avec les conclusions des experts, qui attendaient une capacité de travail entière après traitement de l'affection médicale. Or, le complément d'instruction mis en œuvre dans le cadre de la nouvelle demande, avait démontré que l'amélioration attendue en 2007 par les experts ne s'était pas produite et que la capacité de travail de la recourante était depuis lors restée de 50% dans une activité adaptée. L'OAI en tire la conclusion que sa décision initiale, manifestement erronée, doit être reconsidérée. Après avoir précisé que le degré d'invalidité total est de 4% (2% dans

le ménage et 2% dans le domaine professionnel), l'intimé rappelle qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité et que le droit au reclassement n'est pas non plus ouvert, faute d'invalidité supérieure à 20%.

Dans son chapitre « résultat de nos constatations suite à audition », l'OAI rappelle, à titre liminaire, que la recourante conteste la réalisation des conditions de la reconsidération. Après avoir relevé, d'une part, que l'assurée n'a pas recouru contre la décision du 16 avril 2009 lui octroyant une rente limitée dans le temps et, d'autre part, que l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force chose jugée, à la condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa modification revête une importance notable, l'intimé considère que, dans le cas présent, la condition de l'importance notable fait défaut puisque, malgré un réexamen du taux d'invalidité, les conditions permettant de reconnaître le droit à des prestations ne sont quoi qu'il en soit pas réunies.

Si les explications données par l'OAI ne sont certes pas très claires, il n'en demeure pas moins que la combinaison des différents considérants et du dispositif de la décision querellée permet de comprendre que, quand bien même la décision initiale du 16 avril 2009 était manifestement erronée parce qu'elle partait de la présomption que l'assurée était totalement capable de travailler - ce qui était manifestement inexact -, la condition de l'importance notable n'était pas réalisée, le taux d'invalidité n'étant de toute manière pas suffisant pour ouvrir droit à une rente ou à des mesures de reclassement.

Par conséquent, conformément à la jurisprudence susmentionnée, dès lors que la recourante a pu discerner les motifs ayant guidé la décision de l'OAI, le droit à une décision motivée est respecté. D'ailleurs, la recourante a pu faire valoir ses arguments s'agissant non seulement de la reconsidération mais également de la valeur probante du rapport du SMR, ce qui démontre qu'elle a compris les raisons qui ont amené l'OAI à rejeter la demande.

Pour ces motifs, le grief de violation du droit d'être entendu doit être écarté.

7. Reste à examiner le droit à une rente d'invalidité.

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont

les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

b. Lorsqu'une nouvelle demande est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art.87 al.2 et 3 RAI). En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 4 RAI), l'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond. Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C 1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 2). 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif.

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis

RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcents entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

9. S'agissant du taux d'invalidité retenu par l'OAI, la recourante conteste en premier lieu l'appréciation de sa capacité de travail par les médecins du SMR et, dans ce contexte, la valeur probante de leur rapport.

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité s'agissant de l'activité lucrative, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5).

c. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical

et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

d. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au considérant 6b) ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352, consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

11. En l'espèce, pour évaluer l'invalidité de la recourante pour la part relative à l'activité lucrative, l'intimé s'est basé sur le rapport d'examen bidisciplinaire du 12 décembre 2012 des Drs M_____ et L_____, médecins auprès du SMR.

Force est de constater que ce rapport se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique approfondi de la recourante et qu'il tient compte des plaintes rapportées par celle-ci. Le rapport a en outre été établi en pleine connaissance du dossier ; ses conclusions sont dûment motivées et ne laissent pas apparaître de contradiction.

Selon les experts, la recourante présente les atteintes suivantes : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11), syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.5) et lombosciatalgies droites, avec déficit des réflexes, dans un contexte de protrusion discale aux deux derniers étages lombaires et troubles dégénératifs postérieurs (M 54.4) (avec répercussion sur la capacité de travail), difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z 60.0), difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3) et pré-obésité (sans répercussion sur la capacité de travail). S'agissant des atteintes psychiques, les médecins du SMR ont expliqué pourquoi ils avaient retenu un état dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le tableau clinique présenté par la recourante étant caractérisé par la présence de douleurs multiples et diffuses, ne trouvant pas leur origine dans une affection somatique susceptible d'expliquer, à elle seule, l'importance de l'incapacité de travail et de gain, les médecins du SMR ont également examiné les critères de Meyer-Blaser permettant de considérer le syndrome douloureux somatoforme persistant comme incapacitant : ainsi, ledit syndrome était accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte partielle d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et l'échec des traitements. Ils ont également expliqué que depuis 2007, l'état dépressif de la recourante ne s'était pas amélioré d'une manière suffisamment significative pour justifier une augmentation de la capacité de travail, laquelle était

actuellement de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que le rapport du SMR du 12 décembre 2012 est convaincant et qu'il répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer une pleine valeur probante. Par ailleurs, dès lors que la recourante ne fournit aucune appréciation médicale postérieure audit rapport permettant de remettre en question les conclusions auxquelles arrivent les médecins du SMR, il y a lieu de retenir ces dernières et de considérer que la recourante est capable de travailler à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ce, depuis 2007 déjà.

12. Quand bien même la recourante ne conteste pas l'enquête ménagère, il y a lieu d'examiner celle-ci, étant donné que l'intéressée conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, ce qui implique une appréciation différente de ses empêchements dans le ménage.

- a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède ainsi à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée 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 y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

b. Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité d'un assuré à accomplir des tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si ledit assuré ne parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 518/2004 du 25 novembre 2005, consid. 4). Il convient donc d'examiner dans chaque cas si la personne est encore en mesure d'exécuter la tâche en question et, dans la négative, si une tierce personne rétribuée ou un de ses proches s'en occupe.

c. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 et I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

d. En l'espèce, deux enquêtes ménagères ont été effectuées au domicile de la recourante. La première, réalisée en 2008, a conclu à un degré d'invalidité de 16%. La seconde, effectuée en 2013 selon une méthode de calcul différente, parvient à un degré d'invalidité de 2.8%. En comparant les deux enquêtes ménagères, la chambre de céans constate, s'agissant du degré d'invalidité dans les travaux habituels, une différence de 13.2% (16% - 2.8%) entre 2008 et 2013 :

travaux	pondération		empêchement		invalidité	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013

conduite du ménage	5%	5%	0%	0%	0%	0%
alimentation	40%	45%	5%	0%	2%	0%
entretien du logement	20%	20%	40%	5%	8%	1%
emplettes et courses diverses	10%	10%	0%	0%	0%	0%
lessive et entretien des vêtements	20%	20%	30%	9%	6%	1.8%
soins aux enfants	5%	0%	0%	0%	0%	0%
total	100%	100%			16%	2.8%

En examinant en détail les deux enquêtes, la chambre de céans constate que la situation n'a pourtant guère évolué : la description des empêchements est très similaire dans les deux cas, tout comme la composition de la cellule familiale, formée de l'époux de la recourante, au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, et de leur dernier enfant, O_____, étudiante, laquelle ne rentrait pas tous les jours à la maison. Les autres enfants habitaient à proximité et venaient régulièrement aider leur mère. En réalité, la seule modification concerne l'appréciation de l'exigibilité de la famille, s'agissant des postes « entretien du logement » et « lessive et entretien des vêtements » ; en d'autres termes, il y a simplement eu appréciation différente d'un même état de fait, ce qui n'est pas admissible.

Dans ces circonstances, l'enquête ménagère réalisée en 2013 doit se voir nier toute valeur probante. Il y a lieu de retenir les chiffres de 2008 et, par conséquent, une invalidité de 16% dans la sphère ménagère.

13. a. Enfin, s'agissant du taux d'invalidité globale, il est calculé d'après le temps consacré aux deux champs d'activité et se détermine à l'aide de la formule suivante (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 7.1) :

$$[\% \text{ part lucrative} \times \% \text{ invalidité}] + [\% \text{ part ménagère} \times \% \text{ invalidité}].$$

b. En l'espèce, dans la mesure où la recourante n'a contesté ni le revenu annuel brut sans invalidité, réactualisé, ni le revenu annuel brut avec invalidité, il n'y a pas lieu de s'écarter de la détermination du degré d'invalidité telle qu'effectuée par l'intimé et de retenir un taux d'invalidité dans l'activité lucrative de 3.3%, arrondi à 3%. Comme indiqué précédemment, l'invalidité dans la sphère ménagère est de 16%.

En appliquant la formule précitée, l'invalidité globale de la recourante s'élève à 10.15% ($[45 \% \times 3\%] + [55\% \times 16\%]$), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans ce contexte, la chambre de céans relèvera encore que, dans la mesure où le degré d'invalidité de la recourante est insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité, la question de savoir si la nouvelle demande devait être traitée comme

une demande de reconsidération (comme cela semble avoir été le cas dans la décision querellée), ou comme une nouvelle demande *stricto sensu* (comme semble le considérer ce même office dans sa réponse au recours) peut en l'état rester ouverte.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le