

GE_GERICHTE A/2762/2017 vom 11. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2762_2017

FR: GE_GERICHTE A/2762/2017 du 11 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE A/2762/2017 del 11 ottobre 2018

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1980, mariée et mère d'un enfant né en 2001, est d'origine brésilienne et naturalisée suisse en 2007. Après son arrivée en Suisse en 2001, elle a effectué une formation d'aide-soignante et travaillé dans ce métier sur appel.![endif]>![if> 2. Un scanner de la colonne lombaire du 30 mars 2007 a mis en évidence une spondylolyse bilatérale au niveau L5 provoquant un antélisthésis du premier degré de L5 sur S1. Il y avait par ailleurs une légère protrusion postéro-latérale droite du disque et à la sortie du canal radiculaire L5-S1, rentrant en contact avec les racines L5 et pouvant expliquer la sciatalgie droite. ![endif]>![if> 3. En juin 2010, l'assurée a requis des mesures pour une réadaptation professionnelle. ![endif]>![if> 4. Selon le rapport du 16 août 2010 de la docteure B_____, généraliste, l'assurée souffrait d'une spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique et d'une sténose foraminale L5 avec des lombalgies chroniques depuis 2006. Les symptômes étaient des lombosciatalgies intenses et quotidiennes avec un déficit proximal du membre inférieur droit et des crampes fréquentes. L'assurée rapportait une sensation de brûlure dans les deux fesses et le long du trajet sciatique. Le traitement consistait en AINS et antalgiques. Dans les restrictions était mentionné qu'elle ne pouvait pas rester assise plus d'une heure ni porter des charges. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 40 %. ![endif]>![if> 5. Dans son avis médical du 14 décembre 2010, la docteure C_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse Romande (ci-après: SMR) a noté que l'assurée avait travaillé comme aide-soignante les week-ends entre 2007 et 2008. La pathologie contre-indiquait la profession d'aide-soignante définitivement. Toutefois, dans une activité adaptée, la capacité de travail était au moins de 40 %. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges de plus de 5 kg, la nécessité d'alterner les positions et l'absence de position en porte-à-faux du tronc. ![endif]>![if> 6. Dans son avis médical du 8 février 2011, le docteur D_____ a confirmé que l'atteinte du rachis justifiait l'abandon de l'activité habituelle. Selon son entretien téléphonique avec la Dresse B_____, la capacité de travail était de 100 % du 50 % de la part professionnelle et, compte tenu d'une incapacité de travail très réduite, cette capacité était théoriquement exigible depuis toujours. Dans le 50 % d'activité ménagère, il y avait lieu de retenir une capacité de travail entière. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de positions en porte-à-faux, flexions, extensions et rotations répétées du rachis, ainsi que la nécessité d'alterner les positions.![endif]>![if> 7. Le 18 février 2011, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a déterminé la perte de gain à 6 %, en admettant un taux d'invalidité pour la partie ménagère de 11 % et aucune invalidité dans l'activité

professionnelle adaptée. Compte tenu du fait que l'assurée avait très peu travaillé, l'OAI a comparé les revenus sans et avec invalidité sur la base des mêmes revenus statistiques. 8. Par courrier du 22 mars 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. 9. Par décision du 16 mai 2011, l'OAI a confirmé ce projet. Cette décision est entrée en force. 10. Le 27 septembre 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a procédé à une décompression et une spondylodèse L5-S1. L'évolution était défavorable, avec le développement d'une pseudarthrose L5-S1 et une aggravation des douleurs 11. En février 2014, l'assurée a requis à nouveau des prestations de l'OAI. 12. Dans son avis médical du 28 février 2014, la docteure L_____ du SMR a considéré que l'aggravation était plausible. Il fallait déterminer quand l'aggravation s'était produite et s'il était prévisible que cette opération améliorera l'état de santé. 13. Selon le rapport du 28 février 2014, de la Dresse B_____, qui suivait l'assurée depuis dix ans pour des douleurs lombaires chroniques remontant à sa grossesse, les douleurs s'étaient progressivement aggravées et compliquées avec des douleurs dans les membres inférieurs des deux côtés dues à une progression de son instabilité lombaire, occasionnant une irritation de la racine nerveuse irriguant le territoire des deux membres inférieurs. Les douleurs empêchaient l'assurée de rester assise longtemps et de porter de lourdes charges. Il y avait dès lors lieu de rouvrir son dossier à l'assurance-invalidité, la situation s'étant péjorée. 14. Dans son rapport du 19 août 2014, la Dresse B_____ a attesté que l'état de santé s'était aggravé depuis mai 2011. L'assurée souffrait de lombalgies post-opératoires et présentait une pseudarthrose L5-S1. Les lombalgies s'étaient accrues après l'opération. Dans les limitations fonctionnelles, ce médecin a mentionné des difficultés à garder la même position pendant longtemps. 15. Le 4 septembre 2014, l'assurée a été opérée une deuxième fois par le Dr E_____. Cette intervention a consisté en une reprise de la spondylodèse avec greffe. 16. Dans son rapport du 10 septembre 2014, le Dr E_____ a émis le diagnostic d'instabilité lombaire sur spondylolyse isthmique totale L5-S1. La patiente était en convalescence post-opératoire pendant trois à quatre mois en raison de l'intervention du 4 septembre 2014 et devait porter un corset pour faciliter la prise de greffe après spondylodèse. 17. Selon le rapport du 12 janvier 2015 du Dr E_____, l'état était stationnaire. L'assurée ne pouvait rester assise ou debout plus d'une heure. Sa capacité de travail était nulle en tant qu'aide-soignante. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. 18. Par courrier du 4 février 2015, le docteur F_____, neurologue FMH, a fait part au Dr E_____ des conclusions de l'examen électroneuromyographique, selon lesquelles il n'y avait pas de signe lésionnel L5-S1 droit et de neuropathie focale des nerfs médian et cubital droits. 19. Le 17 mars 2015, la Dresse B_____ a également attesté que l'état était stationnaire. L'assurée ne pouvait pas rester assise plus d'une heure ni debout plus de deux heures. Une reprise de travail était envisageable à temps partiel à 40 % dans une activité adaptée. 20. Dans son rapport du 27 octobre 2015, le Dr F_____ a attesté une incapacité de travail de 100 %, ce qui était à voir toutefois avec la Dresse B_____. Seule une activité légère avec repos était possible. Par ailleurs, les positions debout et assise ou la marche ne pouvaient être maintenues que pendant trente minutes. 21. Le 28 octobre 2015, le Dr E_____ a confirmé que l'état était resté stationnaire. L'assurée souffrait de douleurs permanentes liées à la pseudarthrose L5-S1. Le traitement consistait en port d'un corset et d'antalgiques. Une

reprise de travail était impossible en l'état. ![/endif]>[/if> 22. Le 30 octobre 2015, la Dresse B_____ a attesté que l'état s'était aggravé. Une reprise de travail n'était actuellement pas possible. ![/endif]>[/if> 23. Selon la note téléphonique relative à un entretien du 7 mars 2016 entre la doctoresse G_____ du SMR et la Dresse B_____, la situation de l'assurée était stationnaire depuis la dernière opération. Ce médecin a indiqué que l'assurée pourrait travailler à 50 % dans une activité permettant l'alternance des positions. ![/endif]>[/if> 24. Selon l'entretien du 8 mars 2016 de la Dresse G_____ avec le Dr E_____, ce dernier a également indiqué que la situation était stationnaire. L'assurée se plaignait de douleurs à la mobilisation et lorsqu'elle devait bouger. Aucune perspective thérapeutique n'était envisagée. La capacité de travail était nulle dans toute activité, le Dr E_____ ne voyant pas ce que l'assurée pourrait faire. ![/endif]>[/if> 25. Le 5 avril 2016, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique par le docteur H_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH aux SMR. Il a émis les diagnostics de lombalgies chroniques dans le cadre d'une spondylodèse L4-L5 antérieure et postérieure avec pseudarthrose antérieure, antélisthésis de degré I sur lyse isthmique et arthrose des articulations postérieures prédominant en L4-L5. L'assurée présentait également des douleurs diffuses de type fibromyalgie, lesquelles n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Des limitations fonctionnelles existaient pour le port de charges supérieures à 5 kg, la marche au-delà d'une heure, la position assise au-delà d'une heure, la position debout au-delà de vingt minutes, la posture en porte-à-faux lombaire et des mouvements répétitifs de rotation ou flexion/extension lombaire. Quant à l'évolution de l'incapacité de travail, il a indiqué que celle-ci était restée nulle dans l'activité d'aide-soignante. Toutefois, dans une activité adaptée, elle était de 100 %, à l'exception des périodes de convalescence de trois à quatre mois, faisant suite aux opérations chirurgicales. La pseudarthrose L5-S1 et l'atteinte dégénérative lombaire n'expliquaient que très partiellement les douleurs de l'assurée. En effet, les douleurs des membres inférieurs ne correspondaient pas à un territoire radiculaire. Il y avait également des douleurs diffuses aux membres supérieurs, à l'ensemble du rachis et à l'abdomen, lesquelles évoquaient une fibromyalgie. L'examen clinique mettait en évidence de nombreuses incohérences. Ainsi, la thymie de l'assurée et la gestuelle spontanée libre ne concordaient pas avec des douleurs permanentes à 7/10, voire 8-9/10 tel que rapportait par l'assurée. La diminution des amplitudes lombaires était le reflet d'autolimitations et non pas d'un enraidissement articulaire. La diminution de la force était inconstante et les lâchages contre une faible résistance aux membres inférieurs lors de l'évaluation de la force n'étaient pas compatibles avec le fait que l'assurée pouvait marcher sur les talons et la pointe des pieds. Il y avait par ailleurs des signes comportementaux selon Waddell de 5/5 évoquant une amplification des symptômes. Malgré les fortes douleurs, l'assurée disposait de bonnes ressources physiques, assumant de nombreuses tâches ménagères, telles que les commissions, les repas, la vaisselle et la lessive, étant précisé toutefois qu'elle avait une aide pour le ménage une fois par semaine. Elle effectuait également des promenades et maintenait un bon réseau social. A cela s'ajoutaient des voyages en voiture jusqu'à Rome et en avion jusqu'au Brésil. Dans les plaintes, le Dr H_____ a mentionné des douleurs permanentes à 7/10 au repos et à 8-9/10 si elle restait debout. Pour calmer les douleurs, l'assurée prenait des myorelaxants et antidouleurs. Elle portait aussi un corset lorsqu'elle était en voiture ou lorsqu'elle marchait en ville. Elle souffrait aussi de douleurs la nuit avec des réveils deux à trois fois par nuit. Sa marche et la position debout étaient limitées à 20 minutes, la position assise à trente minutes et le port de charge à 2 kg. Quant au pronostic pour un retour au travail, il était défavorable

au vu du comportement douloureux et des nombreuses autolimitations. ![/endif]>![if> 26. Le 24 février 2017, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique par le Professeur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame J_____ psychologue FSP. Dans leur rapport du 24 février 2017, les experts n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique. Partant, la capacité de travail était totale au niveau psychiatrique. Aucun traumatisme n'était rapporté dans l'anamnèse. Par ailleurs, l'assurée décrivait un entourage soutenant avec son mari et son fils. Il n'y avait pas d'exagération de la symptomatologie douloureuse en lien avec une simulation. Il ressort par ailleurs d'un entretien téléphonique de l'expert avec le mari de l'assurée que celle-ci arrivait à tenir la maison correctement au quotidien, même si cela lui était difficile. Elle passait du temps à cuisiner et à faire les courses, hormis les articles lourds. Le mari a décelé une tendance à faire de moins en moins au cours du temps et à se replier sur elle-même toujours en peu plus. Elle était aussi devenue très irritable. Le couple avait des amis qu'il voyait chaque semaine, généralement à l'extérieur de la maison, et essayait d'avoir des activités, comme la marche dans la mesure du possible, des week-ends en famille et des vacances.![endif]>![if> 27. Dans un avis du 5 avril 2017, le docteur J_____ du SMR a confirmé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure.![endif]>![if> 28. Par courrier du 7 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.![endif]>![if> 29. Par décision du 26 mai 2017, l'OAI a confirmé le projet de décision précité. ![/endif]>![if> 30. Par acte du 26 juin 2017, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} février 2014, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment par la mise en place d'un stage d'observation professionnelle et une enquête ménagère. Elle a fait valoir qu'il ressortait des rapports des médecins traitants et de l'examen rhumatologique par le SMR que les douleurs étaient bien présentes et qu'au niveau psychiatrique, il n'existait aucune simulation ou auto-exagération. Les médecins ayant attesté que l'état était stationnaire, il s'agissait bel et bien d'un état de santé durable. Celui-ci entraînait en outre une diminution de la capacité de travail, la recourante ne pouvant plus exercer son ancienne activité professionnelle. Dans une activité adaptée, les médecins ne se sont pas déterminés sur sa capacité de travail, dès lors qu'ils se sont contentés de mentionner qu'elle serait en mesure d'exercer une activité adaptée, sans préciser toutefois dans quelle activité précise. Or, au regard de ses limitations en lien avec le port de charges, la mobilité et la position assise prolongée, il était illusoire de croire qu'elle serait en mesure de trouver une activité lucrative dans le marché ordinaire du travail. En outre, l'intimé n'avait pas réalisé une enquête ménagère et on ignorait si l'intimé entendait déterminer le taux d'invalidité sur la base d'un statut mixte ou non. A cet égard, la recourante a allégué ne pouvoir tenir son ménage qu'avec la plus grande peine, si bien qu'elle avait dû engager une femme de ménage. La réalisation de l'essentiel des tâches ménagères était aujourd'hui quasi impossible ou s'effectuait au prix d'intenses douleurs. Enfin, au vu des limitations fonctionnelles présentes depuis l'aggravation de son état de santé, elle n'était objectivement plus en mesure d'exercer la moindre activité professionnelle. Afin, de déterminer une capacité de travail résiduelle éventuelle, il serait à tout le moins nécessaire de réaliser un stage d'observation professionnelle. ![/endif]>![if> 31. A l'appui de son recours, la recourante a produit le rapport du 1^{er} juin 2017 du Dr E_____, attestant qu'elle continuait à souffrir de lombalgies importantes avec

mobilisation difficile, à plus de deux ans et demi de la dernière intervention. Ces douleurs se manifestaient parfois avec des brûlures, ainsi que des tiraillements dans les deux membres inférieurs, de type syndrome pseudo-radiculaire. Elle ne pouvait pas rester assise plus de quinze à trente minutes sans avoir mal. A l'examen du 8 mai 2017, elle présentait un syndrome vertébral lombaire avec extension lombaire douloureuse. Les Lasègues étaient douloureux au niveau lombaire entre 45° et 60°. Il n'y avait pas de déficit sensitivo-moteur et les ROT étaient présents et symétriques. Une scintigraphie osseuse partielle avec complément tomoscintigraphique réalisée le 23 mai 2017 avait montré une progression de la colonisation osseuse au sein de la cage intersomatique L5-S1 gauche avec doute sur de possibles ébauches de pont intersomatique et de pont au niveau de l'espace situé entre les deux cages intersomatiques. Néanmoins, on pouvait formellement constater la présence d'une fusion intersomatique avérée. On ne mettait pas en évidence de fusion intersomatique au sein de la cage droite ni de fusion postéro-latérale intervertébrale L5-S1. Un nouveau contrôle dans un an était proposé pour apprécier l'éventuelle poursuite du processus de colonisation osseuse. 32. Dans un avis médical du 14 juillet 2017, le docteur K_____ du SMR a constaté que le Dr E_____ avait confirmé la mauvaise consolidation de la spondylodèse et expliqué que la dernière scintigraphie osseuse avait montré des signes de progression de la consolidation. Ce médecin ne faisait ainsi que confirmer la situation médicale, déjà connue et évaluée, raison pour laquelle il y avait lieu de se tenir aux conclusions précédentes. 33. Dans sa détermination du 24 juillet 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, en rappelant qu'il s'agissait d'un cas de révision. La dernière décision du 16 mai 2011, entrée en force, retenait une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Le statut retenu était de 50 % dans une activité lucrative et de 50 % dans une activité ménagère. Le degré d'invalidité total dans les deux activités était de 6 %. Des deux expertises effectuées ressortait que la recourante ne présentait pas une aggravation durable de son état de santé, dès lors que les deux interventions chirurgicales avaient justifié au maximum une incapacité totale de travailler de trois à quatre mois. Une détérioration de l'état de santé n'avait pas pu être objectivée, si bien qu'il fallait considérer que le taux d'invalidité était demeuré inchangé depuis la dernière décision entrée en force. Concernant les activités adaptées aux limitations fonctionnelles, il convenait d'admettre qu'un nombre significatif était adapté aux limitations de la recourante et accessible sans aucune formation particulière. En effet, la recourante pouvait exercer sans restriction une activité d'épargne du dos en alternant les positions assise/debout, telles que des activités de surveillance, de contrôle et dans l'industrie légère, notamment à l'établi. 34. Dans sa réplique datée du 26 juin 2017 (recte 14 août 2017), la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a mis en exergue que la doctoresse L_____ avait indiqué que l'aggravation était rendue plausible. Si l'on comparait les résultats de l'examen rhumatologique du SMR et en particulier les limitations fonctionnelles en ressortant aux seuls éléments dont on disposait antérieurement à la décision précédente, il y avait lieu de constater une aggravation manifeste. Par ailleurs, le seul fait que SMR avait considéré que l'aggravation de l'état de santé fût rendue plausible avait justifié une instruction complète sans référence aux évaluations antérieures. Enfin, la recourante a contesté le statut mixte à 50 %, tout en relevant que si l'intimé devait persister sur ce point, on comprendrait assez mal qu'aucune nouvelle enquête ménagère n'eût eu lieu. 35. Par duplique du 19 septembre 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Les limitations fonctionnelles retenues en 2010 étaient identiques à celles retenues lors de l'examen rhumatologique en avril 2016. L'expert rhumatologique indiquait

en outre qu'en dehors des deux périodes de convalescence, il n'y avait pas lieu de maintenir une incapacité de travail sur le plan biomécanique dans une activité adaptée au problème lombaire. [endif]>[if> 36. Par écriture du 27 septembre 2017, la recourante a maintenu ses conclusions, tout en relevant que l'intimé n'avait pas contesté que de nouvelles limitations fonctionnelles s'étaient ajoutées en 2016 à celles mentionnées en 2010. L'intimé se contentait de prétendre que ces limitations étaient du même ordre, concernant soit disant l'épargne du dos. Il s'agissait d'une appréciation qui ne reposait sur aucun élément médical. [endif]>[if> 37. Le 9 avril 2018, l'intimé a produit l'enquête économique sur le ménage du 25 janvier 2011. Selon le rapport y relatif, la recourante a indiqué à l'enquêtrice qu'elle aurait travaillé à 50 % sans atteinte à la santé. Son loyer était de CHF 1'874.-. Les empêchements dans le ménage représentaient 22,5 %. Toutefois, avec l'aide apportée par son mari et sa sœur qui habitait avec le couple, ils n'étaient que de 11 % . [endif]>[if> 38. Par écriture du 15 mai 2018, la recourante a allégué n'avoir fait l'objet d'aucune enquête sur le ménage à son domicile et qu'elle était presque certaine d'avoir rencontré l'enquêtrice ailleurs qu'à son domicile, par exemple dans les locaux de l'OAI. Elle a contesté également avoir déclaré à l'enquêtrice qu'elle aurait travaillé à 50 % sans atteinte à la santé. Au demeurant, l'enquête ménagère, pour autant qu'elle existât, n'était plus actuelle et aurait dû être renouvelée dans le cadre de la nouvelle demande déposée en février 2014. Partant, la recourante a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> 39. Répondant à une demande de renseignements de la chambre de céans en date du 9 août 2018, le Dr E_____ a rappelé avoir opéré la recourante pour une spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique, ce qui représentait une instabilité lombaire majeure. La spondylodèse n'ayant pas fait une greffe avec une pseudarthrose, elle avait dû être réopérée en septembre 2014. Concernant la question de savoir s'il partage les conclusions du Dr H_____, le médecin traitant a répondu que cet examen datait il y a plus de deux ans et que les plaintes de la recourante étaient de divers ordres avec plusieurs douleurs articulaires et des douleurs également diffuses. La scintigraphie osseuse partielle avec complément tomoscintigraphique demandée le 3 août 2018 permettait de constater, comparativement au précédent examen du 23 mai 2017, une évolution vers une fusion intervertébrale L5-S1, intersomatique ainsi que postérolatérale droite. Il n'y avait pas d'argument pour faire suspecter l'apparition d'une maladie du segment adjacent du rachis lombaire. A la question de savoir si les limitations fonctionnelles ont un substrat organique avéré, ce médecin a répondu que les douleurs lombaires avec irradiation pseudo-radiculaire dans les membres inférieurs pouvaient très nettement être liées au spondylolisthésis, avec une fusion lombaire qui n'avait pas encore eu lieu complètement, comme l'attestait la scintigraphie osseuse du 3 août 2018. Cela constituait un substrat organique avéré. Cependant, la fusion était en cours et le seul traitement qui pourrait complètement soulager ce type de douleur était de réopérer pour réaviver l'os et refixer la spondylodèse. Le résultat d'une telle opération n'était pas assuré, étant donné le contexte de douleurs multiples dont se plaignait la recourante. Concernant la capacité de travail, il semblait clair à ce médecin qu'en l'état des douleurs, aucune activité adaptée aux limitations fonctionnelles ne pourrait être proposée. Il était temps d'avoir un avis rhumatologique pour essayer de mettre en évidence l'origine des douleurs multiples. [endif]>[if> 40. Par écriture du 29 août 2018, la recourante s'est déterminée sur la réponse du Dr E_____ et a mis en exergue que, de l'avis de ce médecin, aucune activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ne pourrait être proposée, au vu de l'état des douleurs. Au demeurant, on ignorait les répercussions de l'état de santé sur la tenue du ménage, au cas où un statut mixte devait être retenu. Par ailleurs, le Dr E_____ estimait

nécessaire d'avoir un avis rhumatologique, pour mettre en évidence l'origine des douleurs multiples. Enfin, la recourante a persisté à alléguer qu'elle présentait une incapacité de travail totale. [endif]>[if> 41. Dans son avis médical du 10 septembre 2018, la doctoresse C _____ du SMR a constaté que le Dr E _____ ne donnait pas son avis sur l'examen rhumatologique au SMR, se contentant de faire valoir que cet examen était ancien. Il décrivait les plaintes actuelles, sans les comparer à 2016, et estimait qu'un nouvel examen rhumatologique était nécessaire pour expliquer les douleurs multiples, lesquelles engendraient une incapacité de travail totale. Selon le médecin du SMR, les douleurs décrites par l'assurée au médecin du SMR en avril 2016 étaient superposables à celles décrites par le Dr E _____, c'est-à-dire des lombalgies en relation avec le problème lombaire et d'autres douleurs atypiques. L'examen au SMR avait par ailleurs relevé de nombreuses incohérences. Actuellement, on pouvait retenir de façon objective, qu'il y avait une évolution favorable au niveau de la pseudarthrose L5-S1, avec un début de consolidation, toutefois encore incomplète. L'amélioration radiologique n'avait pas pour autant été suivie d'une amélioration des douleurs lombaires qui restaient fortes, ce qui relevait une certaine incohérence des plaintes. Ainsi, seule une partie des douleurs de la recourante concordait avec l'atteinte lombaire. Par ailleurs, le traitement antidouleur, constitué en 2016 d'un antidouleur de degré I et d'un myorelaxant, ne concordait pas avec des douleurs chiffrées à 8/10. On ignorait si la recourante bénéficiait de physiothérapie. L'amélioration radiologique n'avait pas été suivie d'amélioration clinique et la recourante était réticente à entreprendre une troisième opération proposée par le Dr E _____, ce qui était toutefois compréhensible après deux échecs. Il n'y avait ni trouble de la personnalité ni pathologie psychiatrique et l'environnement psychosocial était intact. Ces constatations étaient concordantes avec une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis lombaire. Partant, le rapport médical du Dr E _____ et les nouveaux examens complémentaires ne modifiaient pas l'appréciation du cas. L'avis du Dr E _____, selon lequel la capacité de travail était nulle dans toute activité, ne constituait qu'une appréciation différente d'un même état de fait. [endif]>[if> 42. Par écriture du 10 septembre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant à l'avis du SMR précité. Les critères jurisprudentiels pour reconnaître un caractère invalidant aux douleurs de la recourante n'étaient pas remplis. L'intimé s'est par ailleurs opposé à un nouvel examen rhumatologique. [endif]>[if> 43. Sur ce, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> 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 dès 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). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). [endif]>[if> 3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé du 16 mai 2011, au point de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel. [endif]>[if> 4. Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il n'y a pas lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1

er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27 bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1^{er} décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). En vertu des dispositions transitoires de la modification du 1^{er} décembre 2017, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017 du RAI parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27 bis, al. 2 à 4, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2). 5.

a. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b. 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a

abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

8. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs

socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3). 9. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. 10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. 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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme

objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 12. Se pose en premier lieu la question du statut de la recourante. a. 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. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. L'intimé a retenu que la recourante aurait travaillé à 50 % et se serait consacrée à son ménage dans la même proportion. Cela n'a pas été contesté par la recourante dans le cadre de la première

procédure. Dans sa duplique du 26 juin 2017, la recourante semble mettre en cause le statut retenu par l'intimé. Toutefois, elle n'avance aucun argument en faveur d'un statut différent, se contentant d'alléguer que « si cet Office devait persister sur ce point, on comprendrait assez mal qu'aucune nouvelle enquête ménagère n'ait eu lieu ». Cela ne saurait être considéré comme une mise en cause du statut admis par l'intimé. Au demeurant, la recourante a contesté le statut retenu pour la première fois dans sa réplique. Il ressort en outre du compte individuel de son mari, dans la précédente procédure, que celui-ci réalisait des revenus confortables, à savoir CHF 143'400.- par an en 2009. Il n'y a ainsi aucune nécessité que la recourante reprenne une activité lucrative à 100 % pour des raisons financières. Enfin, la recourante a déclaré à l'enquêtrice en 2011 qu'elle aurait travaillé à 50%, si elle était en bonne santé. Certes, elle semble contester la réalité de l'enquête économique sur le ménage. Cependant, il n'y a aucun indice pour faire penser qu'il pourrait s'agir d'un faux et d'une invention de toute pièce de cet acte d'instruction. Y figurent au demeurant des informations qui n'étaient pas connues auparavant de l'intimé, tels que le montant du loyer et de la prime d'assurance-maladie, l'équipement technique du ménage, le revêtement des sols etc. En outre, il est sans importance si cette enquête a été réalisée au domicile de la recourante ou ailleurs, en ce qui concerne ses déclarations à l'enquêtrice. Il est vrai que l'enfant de la recourante n'avait que 10 ans à l'époque de l'enquête et qu'à la date de la décision querellée, il avait 16 ans. Néanmoins, dans la mesure où il n'y a pas de nécessité financière à reprendre une activité professionnelle à un taux plus élevé et en l'absence d'autres indices permettant de le supposer, il ne peut être admis, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante aurait modifié son taux d'activité avec la progression de l'âge de son enfant. Cela étant, la chambre de céans admettra que la recourante aurait travaillé à 50 % sans invalidité et se serait consacrée à son ménage à ce pourcentage également. 13. Concernant sa capacité de travail, le Dr H_____ diagnostique des lombalgies chroniques dans le cadre d'une spondylodèse L4-L5 antérieure et postérieure avec pseudarthrose antérieure d'un antélisthesis de degré I sur lyse isthmique et une arthrose des articulations postérieures prédominant en L4-L5. A cela s'ajoute une fibromyalgie. Les limitations fonctionnelles concernent le port de charges supérieur à 5 kg, la marche au-delà d'une heure, la position assise au-delà d'une heure, la position debout au-delà de vingt minutes, la posture en porte-à-faux lombaire et les mouvements répétitifs de rotation ou de flexion/extension lombaire. La capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide-soignante et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à l'exception des périodes de convalescence de trois à quatre mois, faisant suite aux opérations chirurgicales. La pseudarthrose L5-S1 et l'atteinte dégénérative lombaire n'expliquent que très partiellement les douleurs de l'assurée. L'examen clinique met par ailleurs en évidence de nombreuses incohérences. ![/endif]>![if> La recourante a également été soumise à une expertise psychiatrique par le Dr I_____ et Mme J_____. Ces experts n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique. 14. Ces expertises remplissent en principe les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante, ayant été établies sur la base de la connaissance complète du dossier médical, en prenant en compte les plaintes de la recourante et en se fondant sur un examen clinique approfondi. Ces expertises comprennent des conclusions cohérentes et motivées.![endif]>![if> 15. La recourante ne met en réalité pas en cause la valeur probante de l'examen du SMR, sauf en ce que le Dr H_____ ne constate pas une aggravation de son état. ![/endif]>![if> La question de l'aggravation de l'état de santé peut toutefois rester ouverte. En effet, seule est pertinente une aggravation conduisant à une modification de la capacité de travail ou de la

capacité de gain. Or, selon les conclusions du Dr H_____, cela n'est pas le cas. Par ailleurs, les conclusions de ce médecin ne sont mises en doute par aucun autre avis médical. Le Dr E_____ ne se distancie en effet pas clairement du rapport d'examen du médecin du SMR. Au contraire, il fait état de signes de progression de la consolidation de la spondylodèse, ce qui va en faveur d'une amélioration de l'état de santé. Il ne mentionne pas non plus des éléments médicaux qui auraient été ignorés par le médecin du SMR, si ce n'est que la dernière scintigraphie osseuse. Toutefois, cet examen n'est pas propre à modifier les conclusions dans le sens d'une aggravation. 16. Quant à la fibromyalgie, son caractère invalidant doit être déterminé sur la base des indicateurs jurisprudentiels. En premier lieu, s'agissant de la gravité de cette atteinte de santé, celle-ci n'est pas rendue plausible par des éléments ressortant de l'étiologie et la pathogénèse. En effet, l'expertise psychiatrique ne met pas en évidence d'atteinte psychique et aucun traumatisme n'est rapporté dans l'anamnèse, de sorte qu'un conflit intrapsychique permettant d'expliquer le développement de douleurs sans substrat organique fait défaut. A cela s'ajoute que la recourante ne prend pas une médication antalgique adaptée à des douleurs chiffrées à 8/10, comme relevé à juste titre dans le dernier avis médical du SMR. Lors de l'examen clinique par le Dr H_____, la recourante s'autolimites dans les mouvements. Sa thymie et sa gestuelle spontanée libre ne concordent pas avec des douleurs permanentes à 7/10, voire 8-9/10, rapportées par la recourante. La diminution de la force est inconstante et les lâchages contre une faible résistance aux membres inférieurs ne sont pas compatibles avec le fait qu'elle peut marcher sur les talons et la pointe des pieds. Concernant l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale, il n'y a pas d'indice que la recourante n'aie pas suivi les traitements proposés, si ce n'est qu'une médication antalgique insuffisante. Pour l'évaluation des ressources, il faut tenir compte de la comorbidité sous forme de lombalgies chroniques dans le cadre d'une spondylodèse L4-L5, opérée à deux reprises. Toutefois, la recourante n'a pas développé un trouble dépressif réactionnel à la fibromyalgie, ne souffre pas d'un trouble de la personnalité et bénéficie d'un environnement social soutenant. Par ailleurs, malgré les limitations fonctionnelles, la recourante est encore en mesure d'assumer de nombreuses tâches ménagères. Elle effectue également des promenades, maintient un bon réseau social et entreprend des voyages en voiture et en avion, comme cela ressort du rapport d'examen du Dr H_____. Cela étant, au vu des indicateurs jurisprudentiels, il ne peut être considéré que la fibromyalgie dont souffre la recourante présente un caractère invalidant. 17. Dès lors que l'examen du Dr H_____ présente une pleine valeur probante et en l'absence d'éléments médicaux nouveaux allant dans le sens d'une aggravation depuis cet examen, la chambre de céans ne juge pas nécessaire de faire évaluer l'état de santé de la recourante par un rhumatologue. 18. 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a 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. 28 a 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 pour-cent 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). 19. Dans la mesure où la recourante ne présente pas une aggravation de son état de santé avec répercussion sur sa capacité de travail, il n'y a pas lieu de procéder à nouveau au calcul de la perte de gain dans la sphère de l'activité lucrative, la capacité de travail étant restée identique. !endif]>!if> Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues en 2010 étaient les mêmes que celles retenues lors de l'examen rhumatologique en avril 2016. En effet, la Dresse B_____ (rapport du 16 août 2010), ainsi que le SMR, dans leurs avis des 14 décembre 2010 et 8 février 2011, retiennent déjà des restrictions pour le port de charges de plus de 5 kg, les positions statiques, les positions en porte-à-faux, flexions extensions et rotations répétées du rachis. Cela correspond aux limitations mentionnées par le Dr H_____. 20. 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).!endif]>!if> Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède 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'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. b. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). c. 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). 21. En l'occurrence, l'enquête économique sur le ménage conclut à des empêchements de 22,5% et, avec l'aide des tiers, de 11%.
S'agissant de la valeur probante de l'enquête sur le ménage, il n'est effectivement pas établi qu'elle ait été réalisée au domicile de la recourante. Néanmoins, ce rapport contient les indications de celle-ci, paraît plausible, est motivé et détaillé quant aux différentes limitations. Par ailleurs, en ce qu'elle fait valoir que ses empêchements dans le ménage devraient être réévalués, son état de santé s'étant aggravé depuis 2011, la recourante n'indique pas en quoi l'enquête économique sur le ménage ne serait aujourd'hui plus d'actualité. Au demeurant, dans la mesure où les limitations fonctionnelles de la recourante sont globalement les mêmes aujourd'hui qu'en 2011, il ne paraît pas plausible que les empêchements dans le ménage aient augmenté. Certes, il n'est pas établi que la sœur de la recourante qui assumait beaucoup de tâches de ménage en 2011, habite toujours avec la famille. Toutefois, dès lors que l'enfant de la recourante avait seize ans au moment de la décision querellée, une aide conséquente de sa part dans le ménage peut être attendue. La recourante n'apportant aucun élément permettant de mettre en doute l'exactitude de l'enquête économique sur le ménage ni des limitations supplémentaires par rapport à 2011, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter de ce rapport. Au demeurant, dans la mesure où la recourante ne subit aucune perte de gain dans la sphère lucrative, elle devrait, en application des dispositions légales plus favorables entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018, présenter des empêchements d'au moins 80% dans le ménage, malgré l'aide exigible des autres membres du ménage, pour pouvoir bénéficier d'un quart de rente. 22. Il résulte de ce qui précède que le taux d'invalidité global de la recourante ne s'est pas modifié.
23. La recourante réclame également des mesures d'observation professionnelle. Ces mesures lui ayant été refusées par décision du 16 mai 2011, une révision de cette décision n'est possible qu'en cas de changement du degré d'invalidité ou des circonstances. Un tel changement n'est pas démontré. Cela étant les conditions pour une révision concernant le refus de mesures d'ordre professionnel ne sont pas non plus réalisées. 24. Par conséquent, le recours sera rejeté.
25. Dans la mesure où la recourante succombe, elle sera condamnée à un émolument de justice, fixé au minimum légal de CHF 200.-.
*** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.