



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4387/2020

ATAS/1373/2021

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 décembre 2021**

**8<sup>ème</sup> chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente  
Anny FAVRE, Teresa SOARES, Juges assesseures**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1981, d'origine portugaise, sans formation professionnelle, mariée et mère de quatre enfants, nés respectivement le \_\_\_\_\_ 2010, \_\_\_\_\_ 2012, \_\_\_\_\_ 2013 et \_\_\_\_\_ 2017, a travaillé en tant que serveuse à plein temps auprès de B\_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 31 décembre 2010, date de la fin des rapports de travail suite à son licenciement.
2. Par décision du 13 septembre 2011, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI ou intimé) a rejeté une première demande de prestations de l'assurée, au motif que son incapacité de travail n'avait pas duré une année.
3. Le 18 août 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant des talalgies, deux hernies discales, un état dépressif et une fibromyalgie.
4. Après la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire au CEMed en avril 2018, l'assurée a été examinée le 16 novembre 2018 par les docteurs C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR). Ces médecins ont posé les diagnostics suivants: talalgies bilatérales dans le cadre d'éperons calcanéens bilatéraux et d'une fasciite plantaire bilatérale; fibromyalgie; rachialgies diffuses avec cervicoscapulalgies dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis, surtout cervical; syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une très discrète gonarthrose avec status après rupture subtotale du ligament croisé antérieur gauche et contusions osseuses dans le condyle fémoral externe et l'épiphyse proximale du tibia. Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail: suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien bilatéral; excès pondéral; discret status variqueux des membres inférieurs; status après fracture de stress de la base du 4<sup>ème</sup> métatarse gauche; dysthymie. Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles concernant le rachis étaient les suivantes: nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, d'exposition à des vibrations, de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, de rotation rapide de la tête et de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. En ce qui concernait les membres inférieurs : pas de genuflexions répétées, de franchissement régulier d'escaliers, d'escabeau ou d'échelle, de marche en terrain irrégulier, de travail en hauteur, de position debout ou de marche de plus d'un quart d'heure. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles consistaient en troubles du sommeil et fatigue liée aux douleurs. L'activité habituelle, eu égard à ces limitations fonctionnelles, n'était pas exigible. Dans une activité strictement

adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50% depuis 2012. Ce taux tenait compte de la fibromyalgie et des autres diagnostics ostéo-articulaires.

5. Par décision du 7 mars 2019, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2017, sur la base de l'examen du SMR, en retenant un statut d'active à 100%. La comparaison des gains sans invalidité de CHF 49'714.- et avec invalidité de CHF 23'149.- aboutissait à un degré d'invalidité de 53% à l'issue du délai d'attente d'un an en janvier 2013. La demande de prestations ayant toutefois été déposée tardivement, le droit à la rente ne prenait effet qu'en février 2017.
6. Selon le rapport du 24 septembre 2019 du Dr E\_\_\_\_\_, celui-ci suivait la recourante depuis le 21 juin 2010 pour des épines calcanéennes. Il avait diagnostiqué la fibromyalgie en 2012, maladie basée par définition sur des douleurs multiples, diffuses et invalidantes, étayée par une série de tests probants et reconnus, mais pas sur des troubles biomécaniques. Ce médecin a également émis le diagnostic d'état dépressif réactionnel et secondaire à la fibromyalgie. Sa patiente présentait une augmentation des douleurs et de l'épuisement physique et psychique. Les traitements (Cipralax, Lyrica, Tramal, Ibuprofène, Oméprazole, Seresta) n'avaient eu qu'un effet partiel. Elle ne pouvait pas lever les bras au-dessus de l'horizontale et manquait de force. Ses talalgies l'empêchaient de marcher, sa démarche était lente et l'ensemble du corps était douloureux, y compris le dos. Elle ne pouvait se charger de travaux lourds, ni faire les courses. Ses nuits étaient systématiquement incomplètes et réduisaient la capacité à fournir un effort de base.
7. Sur recours, la chambre de céans a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'intimé pour nouveaux calcul dans le sens des considérants et nouvelle décision (ATAS/393/2020 du 14 mai 2020). Ce faisant, elle a attribué une pleine valeur probante au rapport d'examen des médecins du SMR du 16 novembre 2018 et a retenu une capacité de travail de la recourante de 50% dans une activité adaptée dès 2012. S'agissant de la limitation fonctionnelle pour l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale, retenue par le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans son rapport du 24 septembre 2019, la chambre de céans a considéré qu'il s'agissait d'un fait nouveau survenu postérieurement à la décision querellée, dès lors que la recourante avait encore été en mesure de le faire lors de l'examen du 16 novembre 2018 par le SMR, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. Toutefois, l'intimé avait retenu à tort un statut d'active à 100%, dès lors que la recourante avait déclaré qu'elle aurait travaillé à 50% après la naissance de son premier enfant en 2011. Partant, la cause était renvoyée à l'intimé pour calculer le degré d'invalidité sur la base d'un statut mixte à raison de 50% pour la sphère professionnelle et de 50% pour la sphère ménagère.

8. L'arrêt précité de la chambre de céans n'a pas fait l'objet d'un recours et est dès lors entré en force.
9. Le 27 juillet 2020, une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée. Il y est mentionné que le revenu de son époux, employé de télécommunication à 100%, suffit tout juste pour couvrir les besoins du ménage. Selon les conclusions de l'enquêtrice, l'empêchement de l'assurée dans le ménage est de 55%. Avec l'aide exigible de son mari, l'empêchement pondéré s'élève à 31,5%.
10. Le 17 août 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer un quart de rente dès janvier 2018 sur la base d'une perte de gain de 52,35% dans la sphère professionnelle à 50% et d'empêchements dans le ménage de 31,5%. Ce faisant, il a effectué un calcul en application des dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, puis un second calcul suite à la modification de celles-ci. Selon son premier calcul, l'assurée n'avait droit à aucune rente.
11. Par courrier du 28 août 2020, l'OAI a donné à l'assurée des explications complémentaires sur le calcul du degré d'invalidité.
12. Dans son rapport du 7 septembre 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a contesté le statut mixte de l'assurée. Après avoir repris les diagnostics retenus précédemment par les médecins, il a attesté qu'elle était totalement incapable de travailler et qu'elle ne parvenait pas à tenir son ménage.
13. Par courrier du 16 septembre 2020, l'assurée a contesté le projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil, estimant être invalide à 100%. Elle a notamment reproché à l'OAI de ne pas avoir instruit son nouvel état de santé et d'avoir omis de tenir compte du rapport du 24 septembre 2019 du Dr E\_\_\_\_\_. Par ailleurs, lorsque la perte de l'emploi était due à un licenciement, il y avait lieu de se fonder sur les données statistiques et non sur le dernier salaire pour établir la perte de gain. Il fallait en outre procéder à un abattement du salaire statistique d'invalide de 25%, compte tenu du fait que seul un travail léger et répétitif était possible, qu'elle n'avait plus travaillé depuis dix ans, du taux d'occupation, de la langue maternelle étrangère et de ce qu'elle ne bénéficiait que d'un permis C. L'OAI aurait aussi dû instruire si sa capacité de travail résiduelle pouvait encore être mise en valeur. Enfin, les empêchements dans le ménage, pondérés par l'exigibilité, étaient supérieurs à 31,5%.
14. Par décision du 24 septembre 2020, le service des prestations complémentaires a mis l'assurée au bénéfice de prestations complémentaires avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2018.
15. Par décision du 18 novembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision et a demandé à l'assurée la restitution de CHF 13'963.- à titre de prestations trop

perçues. Il a relevé que le rapport du 24 septembre 2019 du Dr E\_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'une évolution de l'état de santé, mais se bornait à établir des limitations fonctionnelles supplémentaires. En l'absence d'élément médical nouveau, il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter de l'appréciation des examinateurs du SMR. Par ailleurs, les critères mis en avant par l'assurée pour justifier un abattement de 25% ne pouvaient être retenus. Il n'était pas non plus démontré que l'assurée rencontrait plus d'empêchements dans le ménage que ceux constatés par l'enquêtrice.

16. Par acte du 24 décembre 2020, 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 entière, sous suite de dépens. Elle a contesté le montant du salaire de valide retenu pour le calcul de la perte de gain et a soutenu que le salaire statistique d'invalide devait être réduit de 25% "motif pris notamment de ses douleurs constantes, invalidantes, ainsi que de sa fatigue, considérablement accrue par ses responsabilités maternelles touchant 4 enfants, dont l'ainé était né en 2010." Elle a également contesté le taux d'empêchement dans le ménage, ne pouvant effectuer que quelques activités résiduelles et périphériques, de sorte que ce taux était d'environ 80%. Il était en outre retenu à tort qu'elle était aidée pour quelques tâches ménagères par sa sœur, dès lors que celle-ci ne faisait pas partie du ménage. Le taux de 20% d'exigibilité de l'époux dans le poste "alimentation" était erroné, dans la mesure où celui-ci n'était jamais présent en semaine pour cuisiner à midi et rarement le soir. Dans le poste "lessive et entretien des vêtements", il y avait une erreur de calcul, le résultat mathématique correct étant un empêchement pondéré de 3% au lieu de 4,5%. Au demeurant, son époux travaillait à 100%, de sorte que sa disponibilité pour les soins et l'éducation des enfants était très résiduelle. L'intimé n'avait par ailleurs pas démontré qu'il avait tenu compte de la limitation fonctionnelle supplémentaire pour lever les bras au-dessus de l'horizontale
17. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> février 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, en considérant en particulier que l'enquête économique sur le ménage remplissait toutes les exigences de la jurisprudence en la matière pour lui attribuer une pleine valeur probante. Il n'y avait par ailleurs pas d'élément déterminant justifiant un abattement des salaires statistiques de plus de 10%. Les limitations fonctionnelles ne présentaient pas non plus de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte par un abattement plus important.
18. Dans sa réplique du 19 mars 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a mis en doute la valeur probante de l'enquête, dans la mesure où on ignorait si les appréciations et les conclusions chiffrées figurant dans le rapport émanaient de la personne en charge de celle-ci ou d'un membre de l'administration de l'intimé sans compétences en la matière. En effet, à l'issue de l'enquête au domicile, l'enquêtrice avait déclaré que les données telles que recueillies seraient pondérées par l'administration. En outre, l'enquêtrice n'avait mentionné dans son rapport qu'une sélection de diagnostics. À cet égard, la recourante a relevé qu'il était

indiqué dans le rapport que "l'enquêtrice soussignée a pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant dans le dossier à ce jour. Il s'agit ci-dessus d'une liste non exhaustive des principaux diagnostics. Les éléments retenus par notre service font foi." Il était en outre douteux que l'infirmière enquêtrice disposât des compétences médicales voulues par la jurisprudence en la matière pour apprécier le diagnostic de fibromyalgie, s'agissant d'une maladie très complexe. Quant à l'exigibilité de 23,5% retenue pour l'aide apportée par son époux, elle était trop importante. Cela étant, la recourante a considéré que les données rapportées n'étaient pas plausibles, motivées et détaillées, tel qu'exigé par la jurisprudence.

19. Dans sa duplique du 15 avril 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions, en précisant notamment que la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité prescrivait que la personne chargée de l'enquête devait déterminer les proportions que représentaient les différentes activités de l'assuré, rapportées à son domaine d'activité global. Elle opérait ainsi une pondération sans handicap. Puis, en fonction des limitations mentionnées par l'assurée, le handicap était déterminé en pourcentage.
20. Par décision du 12 mai 2021, annulant et remplaçant sa décision du 18 novembre 2020, l'OAI a confirmé l'octroi d'un quart de rente dès janvier 2018, ainsi que le montant de celle-ci et demandé à l'assurée la restitution de CHF 9'580.- à titre de prestations trop perçues, au lieu de CHF 13'963.-.
21. La recourante a également recouru contre cette décision, en reprenant les conclusions et motivations de la présente procédure.
22. Le recours contre la décision du 12 mai 2021 a été déclaré sans objet par arrêt du 8 septembre 2021 de la chambre de céans.
23. Par écritures du 24 septembre 2021, l'intimé a conclu à la restitution de CHF 10'072.- et a produit les pièces utiles au calcul de la restitution. Le montant des prestations versées à tort était de CHF 16'388.-. Compte tenu des remboursements effectués par le Service des prestations complémentaires (ci-après: SPC) et l'Hospice général, respectivement en octobre 2020 et en juin 2021, le solde s'élevait à CHF 10'072.-.
24. Selon le rapport du 11 octobre 2021 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, la recourante se plaignait de douleurs diffuses. Le traitement comprenait les médicaments Saroten, Paracétamol, AINS et Tramal, mais avait été stoppé à cause de sa grossesse (troisième mois). Seule la chaleur et certaines techniques manuelles douces chez des physiothérapeutes la soulageaient momentanément. Un état d'épuisement chronique associé à des troubles du sommeil et des difficultés de concentration accompagnait des céphalées et des douleurs du tronc et des quatre membres. L'intensité des douleurs était de 8/10 sur l'échelle des douleurs sans traitement et de 6/10 avec traitement. À défaut

d'éléments biologiques spécifiques pour une affection de type inflammatoire et de trouvailles cliniques spécifiques pour une maladie immuno-rhumatologique de type de connectivité, après douze ans d'évolution, le diagnostic de fibromyalgie devait être retenu.

25. Le 17 novembre 2021, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté que la recourante souffrait depuis début novembre 2021 d'un œdème de surcharge des os du pied associé à une bursite et qu'elle marchait depuis sept jours avec des cannes pour une durée d'au moins huit semaines.
26. Lors de l'audition de la recourante en date du 19 novembre 2021, celle-ci a requis que l'intimé ouvrît une instruction concernant l'aggravation de son état de santé, en cas de rejet du recours. Quant à l'intimé, il a considéré que les nouvelles affections dont le Dr E\_\_\_\_\_ faisait état, ne provoquaient en principe pas une incapacité de travail durable. La recourante a en outre précisé que sa quatrième grossesse, ainsi que l'actuelle n'avaient pas été voulues. En raison des douleurs dont elle souffrait et qui l'empêchaient totalement de travailler, elle n'aurait pas envisagé d'avoir plus d'enfants après son troisième. S'agissant de la demande de restitution, elle s'est rapportée à justice. Elle avait informé le SPC de la nouvelle décision de l'intimé, mais ledit service n'avait pas augmenté ses prestations. Selon l'intimé, il serait compliqué, en cas de rejet du recours, de compenser sa créance en restitution avec le droit de la recourante à une augmentation des prestations complémentaires.
27. À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

### **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), 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. À 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.
3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. L'objet du litige est en l'occurrence le droit à la rente de la recourante, sur la base d'un statut mixte, ainsi que l'obligation de restituer le montant de CHF 9'580.- à titre de prestations indûment perçues, suite à la reconsidération de la décision *pendente lite* par l'intimé.

a. Dans ses dernières conclusions, l'intimé conclut à ce que la recourante soit condamnée à la restitution de CHF 10'072.-, au motif que son calcul précédent était erroné.

Dans le cadre de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'autorité peut revoir sa décision en faveur du recourant *pendente lite*, sans être liée par les conditions restrictives de la reconsidération d'une décision entrée en force (cf. art. 53 al. 2 LPGA). Lorsque la décision est reconsidérée au détriment de la personne assurée, elle constitue cependant seulement une simple proposition à l'autorité de recours, proposition qui ne la lie pas. Si le juge a l'intention de suivre la proposition, le recourant doit être averti de la *reformatio in pejus*, afin de pouvoir retirer son recours (CR LPGA – Margit MOSER-SZELESS, ad art. 53 N 107 et 108).

b. La recourante se prévaut par ailleurs d'une aggravation de son état de santé postérieurement à la décision litigieuse.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

Cela étant, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'aggravation de santé de l'état de santé de la recourante après la décision du 12 mai 2021.

6. 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, mentale ou psychique 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<sup>er</sup> janvier 2008).

7. 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 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.

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. 28a al. 1 LAI).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
9. 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).

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. À 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).

b. 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. Étant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

---

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. 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).
11. Par son arrêt du 14 mai 2020, la chambre de céans a admis un statut mixte de la recourante à raison de 50% dans le ménage et 50% dans l'activité professionnelle. Ce statut n'est au demeurant pas contesté.

Ce jugement comporte une *reformatio in pejus* prévisible, du fait de l'admission d'un statut mixte par rapport à une personne active à 100%, et a conduit à une modification de la décision initiale au détriment de la recourante, dès lors que la

demi-rente a été réduite à un quart de rente, sans qu'il lui ait été donné la possibilité de retirer son recours, conformément à l'art. 61 let. d LPGA. Néanmoins, la recourante ne s'est pas prévaluée de cette violation de la procédure et, dans la mesure où l'arrêt du 14 mai 2020 étant entré en force, la chambre de céans y est liée.

12. a. En ce qui concerne la capacité de travail, la chambre de céans a constaté dans son arrêt précité que celle-ci était de 50% dès 2012, sur la base de l'examen du SMR du 25 janvier 2018. Comme relevé ci-dessus, ce premier jugement lie la chambre de céans. Il y a par conséquent uniquement à examiner si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre la décision de rente du 7 mars 2019 et celle du 12 mai 2021 et si cette aggravation a une répercussion sur sa capacité de travail.

b. À cet égard, la recourante se prévaut de ce qu'elle ne peut plus lever les bras au-dessus de l'horizontale, selon le rapport du 24 septembre 2019 du Dr E\_\_\_\_\_.

Selon les examinateurs du SMR, la recourante présente les limitations suivantes: nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque; en ce qui concernait les membres inférieurs : pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escaliers, d'escabeau ou échelle, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de position debout ou de marche de plus d'un quart d'heure. Au vu de ces atteintes, seul un travail léger permettant l'alternance des positions assise/debout est envisageable.

Or, dans une telle activité, il n'est en principe pas nécessaire de lever les bras au-dessus de l'horizontale. En tout état de cause, cette limitation est bel et bien mentionnée par les médecins du SMR, dès lors qu'ils proscrivent le travail en hauteur.

En ce qui concerne le ménage, cette limitation a également été prise en compte. Il est en effet mentionné dans le rapport d'enquête, au ch. 5.4 concernant le poste de lessive et d'entretien des vêtements, que la recourante demande régulièrement l'aide à l'aîné de ses enfants pour transvaser le linge lavé dans le séchoir situé au-dessus de la machine à laver, dès lors que cela lui fait mal aux épaules et que les mouvements du bras sont limités à la hauteur de l'épaule.

Pour le surplus, comme relevé par l'intimé, le Dr E\_\_\_\_\_ ne fait pas état de nouveaux diagnostics et d'une évolution des atteintes à la date de la décision litigieuse.

Par conséquent, une aggravation avec répercussion sur la capacité de travail entre la date de la décision du 7 mars 2019 et la date de la décision dont est recours ne peut pas être constatée.

13. S'agissant des empêchements dans le ménage, la recourante conteste le rapport d'enquête économique.

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 à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à 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. 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 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

c. Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de

solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_785/2014).

14. a. En l'espèce, comme relevé par l'intimé, l'enquête a été effectuée par une personne spécialisée dans ce genre d'examen au domicile de la recourante. Rien n'indique qu'une tierce personne ait par la suite établi les pondérations et pourcentages des handicaps. Les informations données par la recourante sur ses limitations dans le ménage ont été consignées de manière complète dans le rapport, en présence de son mari, de ses enfants et de son médecin traitant. Au demeurant, la recourante n'allègue pas que ses déclarations aient été reproduites de façon erronée ou incomplète. Il s'agit donc, contrairement aux dires de la recourante, d'un rapport détaillé.

L'enquêtrice a également pris connaissance du dossier médical et tenu compte des handicaps et empêchements résultant des diagnostics médicaux. À titre de diagnostics, elle a mentionné les atteintes suivantes: talalgies bilatérales sur éperons calcanéens bilatéraux et fasciite plantaire bilatérale, fibromyalgie, rachialgies diffuses, cervicocapulalgies, syndrome rotulien bilatéral, dysthymie avec épuisement physique et psychique. Il s'agit des diagnostics principaux retenus par les médecins, la plupart avec répercussion sur la capacité de travail, et non pas d'une sélection de diagnostics, comme la recourante le fait valoir. L'enquêtrice a également précisé que la liste des diagnostics n'était pas exhaustive, tout en relevant qu'elle avait pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales du dossier. Par ailleurs, la recourante n'indique pas quel diagnostic avec des répercussions importantes sur la capacité de travail n'aurait pas été mentionné dans le rapport d'enquêtes. Enfin, peu importe que l'enquêtrice ne soit éventuellement pas en mesure de comprendre toute la complexité de la fibromyalgie, dès lors que son enquête ne constitue pas une évaluation médicale. Elle doit uniquement constater les limitations fonctionnelles dans le ménage rapportées par la personne assurée et évaluer si celles-ci sont en rapport avec les diagnostics et handicaps retenus par les

médecins. Ce grief est donc infondé. Quoi qu'il en soit, l'enquêtrice a tenu compte en l'occurrence de toutes les limitations rapportées par la recourante et a donc considéré que celles-ci étaient sans exception en rapport avec les diagnostics posés.

Le rapport est également motivé, dans la mesure où il explique le pourcentage des empêchements sur la base des déclarations de la recourante et la pondération par l'aide exigible apportée par son mari. Les pourcentages paraissent tout à fait plausibles au vu des indications de la recourante.

Partant, à la forme, une pleine valeur probante doit être accordée à ce rapport.

b. Concernant l'aide apportée par la famille, l'enquêtrice a pris en considération uniquement celle de l'époux de la recourante, contrairement aux dires de celle-ci. S'il est mentionné dans l'enquête que les travaux que la recourante ne peut accomplir sont exécutés par son époux et sa sœur, cela correspond aux déclarations de la recourante. Dans le commentaire sur l'exigibilité retenue, l'enquêtrice indique qu'il s'agit uniquement de l'aide de l'époux, tout en indiquant que celui-ci est parfois amené à voyager en Suisse pour son travail et qu'il a des horaires variables, mais qu'il amène néanmoins les enfants à l'école le matin et qu'il a pu avoir un horaire allégé le mercredi pour assurer les activités extra-scolaires des aînés.

Il paraît en outre plausible que l'aide apportée et exigible du mari représente 23,5% de la totalité des activités du ménage, ainsi que de l'éducation et des soins apportés aux enfants. En effet, comme mentionné ci-dessus, il accompagne les enfants à l'école chaque matin, sauf s'il a des obligations professionnelles, et les véhicule le mercredi pour qu'ils puissent pratiquer divers sports. Il amène aussi la plupart du temps le soir des repas à l'emporter pour le souper de la famille et cuisine parfois, notamment le week-end, aide parfois pour éplucher des légumes, s'occupe de la vaisselle et du rangement quotidien de la cuisine le soir, change et lave les draps, nettoie la baignoire, les toilettes et sporadiquement les vitres. A cela s'ajoute qu'il vide la poubelle et va à la déchetterie, fait toutes les deux semaines les grandes courses et accomplit les démarches administratives.

Enfin, la recourante elle-même admet dans son recours, de façon contradictoire, que son mari assume l'essentiel des activités ménagères, quoique de façon superficielle (p. 3 du recours).

c. La recourante critique l'exigibilité de son époux de 20% retenue pour le poste de l'alimentation, dès lors que ce dernier n'est jamais présent en semaine pour cuisiner à midi et rarement le soir. Il n'en demeure pas moins que, selon les déclarations de la recourante, celui-ci s'occupe régulièrement des repas du soir et pendant le week-end, fait la vaisselle, range et nettoie la cuisine tous les soirs. Cela étant, il est tout à fait vraisemblable que cela représente un cinquième des travaux nécessaires pour l'alimentation.

d. Quant à l'erreur de calcul concernant le poste "lessive et entretien des vêtements", la chambre de céans n'a pas pu la constater. En effet, les empêchements de 40% pour ce poste doivent être pondérés à 30%, compte tenu de l'aide apportée par le mari de 10%. Par ailleurs, ce poste représente 15% du champ d'activité total. Or, 30% de 15% donnent un empêchement pondéré de 4,5%. Au demeurant, cette erreur aurait profité à la recourante.

e. Cela étant, une pleine valeur probante peut être attribuée au rapport d'enquête économique sur le ménage. Ainsi, il y a lieu de retenir que l'empêchement dans le ménage, pondéré par l'aide du mari, est de 31,5%.

15. Reste à calculer la perte de gain de la recourante dans l'exercice d'une activité adaptée par rapport à sa précédente activité de serveuse.

a. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

b. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues



jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

c. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

16. Selon l'art. 27<sup>bis</sup> RAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27<sup>bis</sup> al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA.

L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalidité est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

17. En l'espèce, l'intimé a calculé le droit à une rente en premier lieu selon l'art. 27bis RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017. Selon ce calcul, la recourante n'a droit à aucune rente. Dans un second calcul, l'intimé a établi le droit aux prestations en application de la nouvelle teneur de l'art. 27bis RAI, valable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, et octroyé à la recourante un quart de rente.

Comme relevé ci-dessus, jusqu'au 31 décembre 2017, le revenu sans invalidité était établi sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré. Partant, étaient comparés le revenu de valide et celui d'invalidité à ce taux, soit en l'occurrence de 50%.

18. La recourante estime en premier lieu qu'il faut prendre, pour la comparaison des revenus, les mêmes salaires statistiques, dès lors qu'elle était sans emploi au moment de la survenance de l'invalidité.

a. Cette question peut rester ouverte, dès lors qu'elle est sans incidence sur le droit à la rente. En effet, selon l'art. 27bis RAI dans sa teneur valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, en admettant que le salaire sans invalidité en 2018 doit être déterminé à CHF 54'681.-, tout comme le salaire d'invalidité, la perte de gain serait de 55% au taux d'activité de 50%, avec un abattement de 10%. Partant, le degré d'invalidité serait de 27,5% dans la sphère professionnelle ( $55\% : 2$ ) et de 15,75% dans le ménage ( $31,5\% : 2$ ). L'addition de ces taux donne un degré d'invalidité global de 43,25%, ce qui ne donne toujours pas droit à une rente supérieure à un quart.

b. En application de l'art. 27bis RAI dans son ancienne teneur, sur la base d'un même salaire à 50% de CHF 24'857.- pour le revenu avec et sans atteinte à la santé et un abattement de 10% du salaire statistique à titre de revenu d'invalidité, la perte

de gain serait de 10%. Pour le calcul du degré d'invalidité global, 50% de 10% de la perte de gain, soit 5%, doivent être additionnés aux 50% du degré d'invalidité dans les travaux habituels de 15,75% ( $31,5\% : 2$ ). Ainsi, le degré d'invalidité global, de 20,75%, est inférieur à 40% et ne donne pas droit à une rente.

19. Quant au taux d'abattement des salaires statistiques pris à titre de salaire d'invalidé, la recourante fait valoir qu'il doit être de 25% compte tenu de ses douleurs constantes et invalidantes, ainsi que de sa fatigue, considérablement accrue par ses responsabilités maternelles avec quatre enfants, dont l'ainé est né en 2010.

Toutefois, il est déjà tenu compte des douleurs et de la fatigue dans la détermination de la capacité de travail à 50% par les médecins du SMR. Par ailleurs, l'intimé a également pris en considération les limitations fonctionnelles de la recourante, en admettant un abattement de 10%. Il n'y a pas d'autres éléments qui pourrait justifier un abattement supérieur, la recourante étant encore relativement jeune, au bénéfice d'un permis C et maîtrisant bien le français.

En tout état de cause, même en appliquant un abattement de 25% et un salaire sans invalidité égal au salaire statistique retenu à titre de salaire d'invalidé, le taux d'invalidité global serait toujours inférieur à 50%, en application de l'art. 27bis RAI dans la nouvelle teneur. En effet, avec un abattement de 25 %, le salaire d'invalidé se déterminerait à CHF 20'505.- en chiffres ronds (50% de CHF 54'681.- moins 25%), ce qui représente un taux d'invalidité dans la sphère professionnelle de 62,5% ( $[54'681 - 20'505] \times 100 : 54681$ ), lequel doit être réduit de moitié compte tenu du statut mixte. Partant, ce taux est de 31,25% dans le domaine professionnel et de 15,75% dans le ménage. Le taux global est par conséquent de 47%.

En application de l'art. 27bis RAI valable avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le degré d'invalidité serait de 25% dans la sphère professionnelle, sur la même base de calcul (50% moins 25%). Compte tenu d'une activité lucrative à 50%, une perte de gain de seulement 12,25% doit être prise en compte, selon l'ancien calcul. Additionnée aux 50% du degré d'empêchement dans le ménage, soit de 15,75%, le degré d'invalidité global, de 28%, reste toujours inférieur à 40% et ne donne par conséquent pas droit à une rente.

Cela étant, le calcul du degré d'invalidité de l'intimé doit être confirmé.

20. L'intimé demande également à la recourante la restitution de CHF 10'072.- à titre de prestations indûment perçues durant la période de février 2017 à décembre à novembre 2020, selon ses dernières conclusions.

a. Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), les prestations indûment touchées doivent être restituées par

le bénéficiaire ou par ses héritiers. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

En vertu de l'art. 25 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 133 V 579 consid. 4; ATF 128 V 10 consid. 1).

b. En l'occurrence, la demande de restitution, par décision du 24 décembre 2020 pour des prestations indûment perçues depuis février 2017, n'est pas périmée.

Il s'avère par ailleurs que le dernier calcul de l'intimé est exact. En effet, la recourante a reçu la somme de CHF 35'242.- à titre de rentes pour elle-même et ses enfants durant la période de février 2017 à novembre 2020. Or, elle n'avait droit qu'à CHF 18'898.- de janvier à novembre 2020. Compte tenu des remboursements des prestations par le SPC (CHF 912.-) et l'Hospice général (CHF 5'404.-), il reste un solde de CHF 10'072.-.

c. Le montant à restituer est supérieur à celui ressortant de la dernière décision du 12 mai 2021, suite à sa reconsidération pendente lite, dans laquelle l'intimé a réclamé la restitution de CHF 9'580.-. Toutefois, compte tenu des circonstances du cas (différence relativement peu élevée, reformatio in pejus de la décision du 7 mars 2019, en violation probable de la procédure en la matière, et bonne foi de la recourante), la chambre de céans renonce, comme elle en a la faculté, à une reformatio in pejus (ATF 119 V 249 consid. 5).

d. Partant, la recourante est tenue de rembourser la somme de CHF 9'580.-. À cet égard, il y a lieu de la rendre attentive à la possibilité de demander une remise de l'obligation de restitution, conformément à l'art. 25 al. 1 2<sup>ème</sup> phrase LPGA, en démontrant sa bonne foi et sa situation difficile. Selon l'art. 4 al. 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), la demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (al. 4).

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision du 12 mai 2021 confirmée.
22. Dans la mesure où la recourante plaide au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à la perception d'un émolument de justice.

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

**Statuant**

1. Déclare le recours recevable.
2. Le rejette.
3. Confirme la décision du 12 mai 2021.
4. Renonce à percevoir un émolument.
5. 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 suppléante

Marguerite MFEGUE  
AYMON

Maya CRAMER

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