

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1974, mariée, mère de deux enfants, B_____ née en 1997 et C_____ née en 2003, originaire du Portugal, est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assurée a travaillé en 1993 comme garde d'enfants à domicile, en 1994 comme serveuse durant six mois au café restaurant D_____, en 1994 et 1995 comme nettoyeuse pour E_____ SA, en 1996 comme femme de chambre, serveuse durant un an à l'Hôtel F_____, en 1998 comme caissière à G_____, de mai à décembre 1999 chez H_____ SA, de 2008 à 2010 comme femme de ménage chez I_____, de 2009 à 2013 comme femme de ménage dans un cabinet médical (Drs J_____ et K_____) et dès le 12 octobre 2010 comme nettoyeuse pour L_____ SA (ci-après : l'employeur), d'abord à raison de 18 heures par semaine, puis dès le 9 avril 2014, de 14 heures par semaine.
3. L'assurée s'est inscrite à l'Office régional du placement (ci-après : l'ORP), sans droit aux indemnités, du 23 janvier 2004 au 22 janvier 2006, du 1^{er} décembre 2010 au 30 novembre 2012 et, avec droit aux indemnités, du 1^{er} juin 2013 au 31 mai 2015. Le dossier a été annulé par l'ORP en raison d'un droit aux prestations complémentaires maladie (PCM) depuis le 26 septembre 2014.
4. L'assurée a été en incapacité de travail totale du 6 mars au 31 mai 2014, attestée par le docteur M_____, FMH médecine générale, à la suite d'une annonce d'un accident le 6 mars 2014 (glissade sur sol humide, faux mouvement ayant entraîné une contusion lombaire). Cet accident a été pris en charge par la SUVA.
5. L'assurée a été à nouveau en incapacité de travail totale dès le 2 juin 2014.
6. Le 30 juin 2014, le docteur N_____, FMH neurologie, a attesté de douleurs au niveau de la jonction lombo-sacrée droite, apparues suite à un faux mouvement ; il convenait d'investiguer radiologiquement la colonne vertébrale.
7. Le 23 juillet 2014, le Dr M_____ a indiqué qu'il avait vu l'assurée en avril 2014 et que celle-ci se plaignait de douleurs aux hanches apparues neuf mois auparavant.
8. Le 29 juillet 2014, le docteur O_____, FMH rhumatologie, a attesté de douleurs épine iliaque postérieure et supérieure droite, d'origine indéterminée, possible périarthrite de la hanche droite.
9. Le 12 septembre 2014, le docteur P_____, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des HUG, a indiqué qu'il suspectait une pathologie du muscle psoas, toutefois exclue le 13 octobre 2014. Il s'agissait d'un problème fonctionnel nécessitant une prise en charge en physiothérapie active.
10. Le 13 novembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
11. L'employeur a attesté le 25 novembre 2014 d'une incapacité de travail de l'assurée de 100% du 12 mai au 27 juillet 2014, de 50% du 27 août au 9 septembre 2014 et de 100% dès le 10 septembre 2014.

12. Le 26 novembre 2014, le Dr N_____ a indiqué que l'assurée présentait des douleurs depuis deux ans, lombaires, touchant le bassin au niveau surtout de la jonction lombo-sacrée et en regard de la hanche à droite, mal définies ; les douleurs avaient été largement investiguées, sans cause locorégionale. Une origine neurogène semblait très probable.
13. Le 27 novembre 2014, le Dr M_____ a rempli un rapport médical AI attestant de douleur neuropathique dorsale, à l'arrêt de travail depuis le 10 octobre 2014.
14. Le 28 novembre 2014, le Dr O_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de lombopysalgies chroniques sans lésion anatomique. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle. L'incapacité de travail était totale d'avril au 28 juillet 2014, nulle du 28 juillet au 27 août 2014, de 50% du 27 août au 9 septembre 2014 et nulle dès le 9 septembre 2014.
15. Le Dr Q_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 29 septembre au 18 octobre 2014.
16. Le Dr M_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 15 décembre 2014.
17. Par projet de décision du 16 février 2015 et décision du 30 mars 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif qu'il n'existait pas d'atteinte incapacitante.
18. Le 18 janvier 2017, le service de physiothérapie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (ci-après : le CHUV) a établi un bilan de physiothérapie de l'assurée, pour patients atteints du syndrome Ehlers-Danlos.
19. L'assurée a consulté le service des urgences des HUG le 20 janvier 2017 en raison d'un syndrome cervico-brachial (irradiation dans le membre supérieur droit).
20. La doctoresse R_____, médecin adjoint au service de rhumatologie du CHUV, a attesté chez l'assurée d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (rapports des 19 décembre 2016 et 1^{er} mai 2017).
21. Le 9 février 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
22. Par communication du 21 avril 2017, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement du syndrome d'Ehlers-Danlos de l'enfant C_____.
23. Le 25 avril 2017, le Dr M_____ a attesté d'une maladie d'Ehlers-Danlos, incapacitante depuis le 15 décembre 2016, chez la recourante.
24. Dès le 3 mai 2017, l'assurée a bénéficié de prestations « Aide pratique et veille » de l'Institution genevoise de maintien à domicile (ci-après : l'IMAD).
25. Le 20 juin 2017, la Dresse R_____ a attesté d'une prise en charge depuis le 15 décembre 2016 et d'une maladie du tissu conjonctif d'origine congénitale, avec symptômes invalidants depuis 2012, la maladie étant symptomatique surtout depuis

2012. La capacité de travail était nulle comme femme de ménage depuis le 16 décembre 2016 et entre 30% et 50% dans une activité adaptée, depuis avril 2017. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : hypermobilité articulaire généralisée prédominant aux membres supérieurs avec instabilité des deux épaules, des deux coudes ; subluxation des doigts + pieds plats valgus des deux côtés avec troubles de la proprioception limitant le port de charges, les activités en bras de levier, les activités avec force tant que la rééducation proprioceptive n'est pas faite. Une évaluation des capacités fonctionnelles pourrait être proposée au décours des premiers mois de rééducation intensive qui était actuellement commencée.

Les diagnostics étaient ceux de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile + suspicion de pathologie radiculaire VS neuropathie périphérique.

26. Le 14 juillet 2017, PRO Entreprise sociale privée a conclu, suite à un stage de l'assurée dans l'horlogerie du 5 au 20 juin 2017, que les fortes douleurs articulaires de l'assurée réduisaient beaucoup ses capacités.
27. Le 4 janvier 2018, le Dr S_____, du Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis le 16 décembre 2016 (selon les Drs M_____ et R_____) et de 50% dans une activité adaptée depuis avril 2017. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : instabilité des épaules, des coudes, subluxation des doigts, troubles de la proprioception, limitation du port de charges, pas d'activités en porte-à-faux, pas d'activités avec force avant que la réadaptation proprioceptive ait eu lieu, pas de travail sur les lieux où une chute pourrait entraîner des lésions corporelles, privilégier un travail sédentaire sans sollicitation répétée des membres supérieurs.
28. Le 8 janvier 2018, un mandat d'enquête ménagère a été établi suite au constat que la recourante était femme de ménage à 30 %.
29. Le 5 avril 2018, l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage, suite à une visite du 28 mars 2018. Il est mentionné que l'assurée est arrivée en Suisse en 1993, qu'elle a exercé diverses activités dans le nettoyage en 1994-1995, comme femme de chambre-serveuse à 100% en 1996 (Hôtel F_____), comme nettoyeuse à 100% de mai à décembre 1999 chez H_____ SA, comme nettoyeuse à temps partiel de janvier 2008 à novembre 2010 chez I_____, comme femme de ménage 2 heures par semaine de janvier 2009 à 2013 chez les Drs J_____ et K_____ et comme nettoyeuse chez l'employeur d'octobre 2010 à 2014, 14 heures par semaine.

Selon l'assurée, en bonne santé elle aurait poursuivi son activité de nettoyeuse en effectuant plus d'heures, selon les besoins de l'entreprise.

Elle était séparée de son époux depuis 2006 et aidée par l'Hospice général depuis 2009. Elle avait dû refuser des missions de travail en raison de son état de santé depuis 2013. Elle était aidée par l'IMAD 1 heure 50 par semaine pour l'entretien du logement. Elle présentait un empêchement de 43,10% dans l'exercice des activités

ménagères, lequel était de 24,40%, compte tenu d'une exigibilité de la fille aînée de l'assurée de 15,70%.

Dès le 1^{er} janvier 2018 (nouvelle définition des tâches ménagères), l'empêchement était de 45,15% et de 30%, compte tenu d'une exigibilité de 15% de la fille aînée.

30. Le 12 avril 2018, la Dre R_____ a attesté de beaucoup de douleurs du point de vue locomoteur. Il convenait d'adapter la physiothérapie et, concernant la pathologie des petites fibres, de réaliser une biopsie. Il s'agissait d'un diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile avec : hypermobilité articulaire généralisée ; troubles de la cicatrisation ; troubles du saignement ; troubles digestifs ; troubles du sommeil ; troubles proprioceptifs ; pathologie des petites fibres neurologiques et troubles sphinctériens.
31. Selon un calcul du 29 mai 2018 de l'OAI, le revenu sans invalidité était de CHF 15'000.- en 2016 et le revenu d'invalidité de CHF 27'259.- en 2016 (basé sur l'ESS 2012, tableau TA1, niveau 1, à un taux de 50%), de sorte que le degré d'invalidité dans la sphère lucrative était nul. Le calcul dès 2018 aboutissait à une perte économique dans la sphère lucrative de 50%, le revenu sans invalidité étant de CHF 50'000.- et le revenu d'invalidité de CHF 25'000.-.
32. Par projet de décision du 4 juin 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le statut de la recourante était mixte, soit 30 % active et 70 % ménagère. Le degré d'invalidité était de 19% et, suite à la modification du 1^{er} janvier 2018 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), de 34% selon les calculs suivants :

Avant 2018 :

Activités	Part	Perte économique/empêchement	Degré d'invalidité
Professionnel	30%	0%	0%
Travaux habituels	70%	27%	19%
Degré d'invalidité total arrondi			19%

Dès 2018 :

Activités	Part	Perte économique/empêchement	Degré d'invalidité
Professionnel	30%	50%	15%
Travaux habituels	70%	27,40%	19,2%

Degré d'invalidité total arrondi	34%
----------------------------------	------------

33. Le 20 juin 2018, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI, en faisant valoir que depuis l'enquête ménagère qui tenait compte de l'aide de sa fille B____, celle-ci présentait le même syndrome qu'elle-même et que sa sœur C____. Elle avait travaillé 18 heures par semaine pour l'employeur et 5 à 6 heures par semaine pour le Dr K____. Elle devait être aidée dans son ménage ; ses journées étaient faites de pauses et elle n'avait pas de vie sociale ; la physiothérapie n'était toujours pas efficace. Elle était suivie par les Drs R____ et T____, FMH médecine interne.
34. Le 4 juillet 2018, le Dr S____, du SMR, a confirmé ses conclusions du 4 janvier 2018.
35. Par décision du 6 juillet 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
36. Le 21 juillet 2018, l'assurée a écrit à l'OAI que sa fille C____ n'habitait plus chez elle ; elle pouvait faire le nettoyage de base mais pas les « à-fonds » ; les douleurs l'obligeaient parfois à s'aliter, sous fort médicament ; elle présentait une nouvelle maladie, soit une pathologie des petites fibres.

Elle avait été obligée de diminuer son taux de travail de 18 heures à 14 heures, puis avait été sans travail car les symptômes de la maladie étaient devenus insupportables. Elle a joint :

- une autorisation délivrée par U____ SA à Monsieur V____ de sous-louer son appartement à Madame C____ du 10 juillet 2018 au 30 juillet 2019 ;
 - une attestation de l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM) selon laquelle C____ est domiciliée p.a. M. V____, chemin W____, 1214 Vernier ;
 - des certificats d'incapacité de travail totale signés par le Dr T____ du 12 juin au 12 août 2018 ;
 - un contrat de sous-location entre M. V____ et Madame C____.
37. Le 8 août 2018, l'OAI a transmis le courrier de l'assurée à la chambre de céans, laquelle a enregistré un recours.
38. Le 4 septembre 2018, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours, dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès août 2018, compte tenu du départ de la maison de C____, la fille de la recourante.

S'agissant du statut, la recourante ne pouvait invoquer un changement de statut pour des raisons de santé antérieurement à décembre 2016, date du début de l'incapacité de travail de longue durée.

Le revenu sans invalidité de la recourante en 2013 était de CHF 16'722.- et son degré d'invalidité de 34%. L'OAI a joint un tableau de calcul du degré d'invalidité mentionnant un statut de 30% active, un revenu sans invalidité de CHF 16'722.-,

une capacité de travail exigible de 50% et un empêchement dans le ménage de 45%.

La perte de gain était nulle selon l'ancien calcul (revenu sans invalidité de CHF 16'722.- et revenu d'invalidité de CHF 16'722.-) et de 50% selon le nouveau calcul (revenu sans invalidité de CHF 55'740.- et revenu d'invalidité de CHF 27'870.-).

Selon l'ancien calcul, le degré d'invalidité était de 32% (0% dans la sphère professionnelle et 32% dans les travaux habituels [soit 45% d'empêchement pour une part de 70%] et selon le nouveau calcul il était de 47% [15% dans la sphère professionnelle et 32% dans les travaux habituels]).

39. Le 18 octobre 2018, le service de neurologie des HUG a attesté d'un diagnostic de neuropathie des petites fibres secondaire au syndrome d'Ehlers-Danlos.
40. Le 16 novembre 2018, la recourante, représentée par un avocat, a répliqué en faisant valoir que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%, que sa capacité de travail devait être réduite de 10% pour tenir compte des efforts considérables qu'elle devait fournir dans la réalisation des tâches ménagères, que le revenu sans invalidité calculé par l'OAI était incompréhensible ; en particulier, en 2013, elle avait réalisé un revenu de CHF 20'226.- (CHF 3'504.- + CHF 4'041.- + CHF 32'291.- + CHF 13'029.-) et non pas de CHF 16'722.-.

Le nombre d'heures travaillées avait diminué entre 2012 et 2014 en raison de son état de santé. L'OAI avait dû se fonder sur l'Enquête Suisse sur la structure des Salaires (ESS) pour déterminer son salaire sans invalidité. Enfin, un taux d'abattement de 15% sur le salaire statistique aurait dû être appliqué, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le taux restait à déterminer.

41. Le 18 décembre 2018, l'OAI a dupliqué en relevant que selon les déclarations de la recourante lors de l'enquête ménagère, elle avait travaillé 2 heures par semaine chez les Drs J_____ et K_____ et 14 heures par semaine pour l'employeur, soit 16 heures par semaine, de sorte que son taux d'activité était de 37,2%. Il avait procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité, qui était de 27% en 2017, de 42,3% dès janvier 2018 et de 51,75% dès août 2018. Aucun élément médical objectif ne permettait de remettre en cause les conclusions du rapport d'enquête à domicile, de sorte que la prise en compte d'effets réciproques dans les domaines d'activité n'était pas possible. Il a joint trois tableaux de calcul du degré d'invalidité. Il a conclu à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès janvier 2018 et d'une demi-rente d'invalidité dès août 2018.

Le statut de la recourante était celui d'active à 37% et de ménagère à 63%.

Le revenu d'invalidité était calculé selon l'ESS 2016, tableau TA1, femme, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine et indexé à l'année 2017, soit un revenu

annuel de CHF 54'783.-. Compte tenu d'une déduction de 15%, il était de CHF 46'565.55.

Le revenu sans invalidité était celui réalisé en 2012, de CHF 22'663.-, pour un taux d'activité de 37 %, indexé en 2017, soit CHF 23'430.-.

Dans un premier calcul, pour l'année 2017, l'OAI a retenu un temps de travail exigible de 37%, soit un revenu d'invalidité de CHF 17'229.- ; comparé au revenu sans invalidité de CHF 23'430.-, la perte de gain était de 26,47%. Ainsi, le degré d'invalidité total était de 27% (soit 9,79% dans la sphère lucrative [26,47% x 37%] et 17,26% dans la sphère ménagère [27,4% x 63%]),

Dans un second calcul, effectif dès janvier 2018, l'OAI a retenu un temps de travail exigible de 50%, soit un revenu d'invalidité de CHF 23'283.- ; comparé au revenu sans invalidité à 100% de CHF 63'324.-, la perte de gain était de 63,23%. Ainsi, le degré d'invalidité était de 43,3% (soit 23,40% dans la sphère lucrative [63,23% x 37%] et 18,90% dans la sphère ménagère [30% x 63%]).

Dans un troisième calcul, effectif dès août 2018, l'OAI a calculé un degré d'invalidité identique à celui issu du second calcul dans la sphère lucrative, soit 23,4% et un degré d'invalidité de 28,35% dans la sphère ménagère (soit 45% x 63%). Ainsi, le degré d'invalidité total était de 51,75%.

42. Le 28 janvier 2019, la recourante a observé que les calculs de l'intimé étaient encore erronés, dès lors qu'elle devait se voir reconnaître un statut d'active à 100%.
43. Le 4 mars 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Ma fille a été hospitalisée et la maladie a été diagnostiquée chez elle à ce moment-là. J'ai ensuite moi-même fait des tests en 2016 et c'est là que j'ai connu le diagnostic.

Je me suis séparée de mon époux en 1999 et je suis actuellement séparée de corps.

Quand ma première fille a eu 12 ans, j'ai pu recommencer à travailler, ma fille aînée est née en 1997. J'ai recommencé à travailler peu à peu car ma cadette était encore petite. J'ai augmenté mes heures en fonction des propositions de mon employeur. J'ai d'abord travaillé chez le Dr J_____ puis chez L_____. J'ai aussi travaillé pour I_____ les samedis, ce qui me permettait de prendre mes enfants avec moi. Je travaillais six heures par semaine chez le Dr J_____ et j'ai commencé à travailler dix-huit heures pour L_____ puis j'ai diminué à quatorze heures par semaine, et je travaillais six heures par semaine pour I_____. Au début je n'étais pas déclarée chez les Drs J_____ et K_____. J'ai ensuite fait valoir mes droits aux vacances et au salaire (j'étais payée CHF 15.- de l'heure), mais j'ai été licenciée. Je me suis ensuite inscrite au chômage après ce licenciement, j'ai cherché du travail à 100 %.

En 2014 j'ai dû diminuer mes heures de travail en raison de mon état de santé. C'est à ce moment-là que j'ai déposé une demande AI. Entre 2008 et 2012 j'ai cherché du travail à 100 % car mon état de santé me le permettait encore.

Je n'arriverai plus à travailler, même à 50 %, en raison des douleurs et surtout de la fatigue engendrée par la maladie. J'ai d'ailleurs dû cesser mon stage aux EPI.

J'ai un rendez-vous fin avril avec la Dresse R_____.

L'enquêtrice n'a pas vraiment résumé dans son rapport tout ce dont je lui avais parlé. Elle a indiqué que je passais l'aspirateur alors que c'est toujours l'IMAD qui le fait. L'IMAD m'a informé qu'il ne viendrait plus et que je devrais moi-même engager une entreprise à ma charge, notamment au vu de ma rente AI. En 2014, comme je ne pouvais presque plus travailler, c'était mon frère, ma belle-sœur ou ma sœur qui assumaient mes heures de nettoyage.

J'ai gardé un enfant de février à août 2016 qui m'a été confié par un Tribunal vaudois en tant que famille d'accueil ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Nous demanderons un avis à la Dresse R_____ pour qu'elle se prononce à nouveau sur la capacité de travail de la recourante. Nous demanderons également un avis au Dr X_____ qui est son médecin traitant.

Nous ne contestons pas l'enquête ménagère et l'évaluation des empêchements ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « C'est le gestionnaire du dossier qui s'occupe de déterminer le statut de la recourante. Dès que le dossier est en procédure c'est le service juridique qui s'occupe de faire d'éventuels nouveaux calculs du degré d'invalidité. Je relève que l'enquêtrice a relevé que Mme A_____ ne passait plus l'aspirateur ».

44. Le 4 avril 2019, la recourante a observé que le Dr T_____ retenait une capacité de travail de 22 % seulement dans une activité adaptée (soit 2h par jour par rapport à 45 h de travail par semaine prescrit par la convention collective de travail du personnel dans l'économie domestique) et la Dresse R_____ de 30 %. La capacité de travail était ainsi contestée. Elle a produit :

- Un certificat médical du Dr T_____ du 12 mars 2019 attestant de limitations fonctionnelles (douleur mobilisation, douleur diffuse épaule/hanches/plantaires à la marche, trouble du sommeil, fatigabilité, troubles sphinctériens/troubles à la marche. Dans l'activité exercée de femme de ménage, la capacité de travail exigible était nulle et la capacité de travail très réduite (2h).
- Un rapport du 29 mars 2019 de la Dresse R_____, attestant depuis juin 2017 d'une amélioration des problématiques sphinctériennes, de stabilité, voire péjoration des problématiques locomotrices en raison d'une physiothérapie inadéquate. Il existait objectivement une persistance d'une insuffisance majeure du transverse de l'abdomen, une persistance d'un trouble de la posture avec

attitude antéprojetée du rachis et hyperlordose lombaire, une hypercyphose thoracique, une hypomobilité du rachis et des scapulae, des tensions au niveau diaphragmatique et des psoas, une instabilité du rachis cervical et des scapulae. La thérapie n'avait globalement pas permis de mettre en valeur une capacité résiduelle de travail après la fin de l'année 2017 puisqu'une partie de la thérapie n'avait pas été conduite correctement. Une modification de prescription avait été faite et une évaluation en avril 2019 était planifiée avec les physiothérapeutes spécialistes du tissu conjonctif. Compte tenu de l'évolution de l'état de santé, la capacité de travail résiduelle se situait à 30%, étant donné l'évaluation du 20 mars 2018.

45. Sur quoi 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) 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).

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.

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

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la détermination de son statut, de sa capacité de travail exigible et de son revenu avec et sans invalidité, étant relevé que l'aggravation de l'état de santé de la recourante, postérieurement à la décision de l'intimé du 30 mars 2015, entrée en force, est admise par ce dernier.

5. 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).

6. a. 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.

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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

b. 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.

7. 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). 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).
8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. 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).

9. a. 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. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en 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). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

10. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1, ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). Compte tenu de la date de la décision administrative en cause le 6 juillet 2018, 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 y a 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. 27bis al. 2 à 4 RAI dans

sa teneur du 1^{er} décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, 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).

Le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1^{er} janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées.

11. 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 aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

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).

12. 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. 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).

13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).
14. Le Tribunal fédéral, dans sa jurisprudence la plus récente, a considéré que dans certaines circonstances bien définies, il pouvait être tenu compte de la diminution de la capacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels en raison des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité (ATF 134 V 9; voir également SVR 2006 IV n° 42 p. 151).

L'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité ne peut être prise en considération qu'à certaines conditions spéciales. Ainsi, le Tribunal fédéral a dégagé les principes suivants. La prise en considération d'effets réciproques dommageables ne peut avoir lieu que s'il ressort du dossier que la documentation pertinente (rapports médicaux et enquêtes ménagères) a été établie en méconnaissance de la situation prévalant dans l'un et l'autre champ d'activité et uniquement s'il existe des indices concrets plaidant en faveur d'une diminution de la capacité d'exercer une activité en raison des efforts consentis dans l'autre activité. De plus, les efforts consentis en exerçant une activité lucrative ne peuvent être pris en compte lorsqu'il convient d'apprécier la capacité à accomplir les travaux habituels que si la personne assurée exploite pleinement et concrètement sa capacité résiduelle de travail après la survenance de l'invalidité. A l'inverse, les efforts fournis dans l'accomplissement des travaux habituels ne peuvent être pris en compte lorsqu'il convient d'apprécier la capacité à exercer une activité lucrative que dans l'hypothèse où la personne assurée consacre une partie de son temps à des tâches d'assistance familiale (en faveur de ses enfants ou de parents nécessitant des soins). L'appréciation doit se faire en fonction de l'importance décroissante qu'il convient d'accorder à chaque domaine d'activité. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, il convient d'examiner celui où les efforts se font le plus fortement ressentir. Une double prise en considération n'est en revanche pas possible, les efforts ne pouvant se répercuter de manière cumulative dans chaque

domaine d'activité. En outre, la diminution de l'aptitude à exercer une activité lucrative ou à accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité doit être manifeste et dépasser la mesure normale. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets réciproques considérables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier (ATF 134 V 9 consid. 7.3.2 à 7.3.7; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.1.2).

15. a. En l'occurrence, l'intimé a conclu le 18 décembre 2018 à l'admission partielle du recours et à l'octroi à la recourante d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 et d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 27 % en 2017, de 42 % de janvier à juillet 2018 et de 52 % dès août 2018.

Il a notamment retenu un statut mixte (37 % active et 63 % ménagère), une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée et accepté une déduction de 15 % sur le revenu d'invalidité issu de l'ESS 2016 (TA 1, femme, total, niveau 1 pour 41,7 h de travail par semaine, indexé à l'année 2017).

b. Suite à cette proposition, la recourante conteste encore son statut mixte, en alléguant un statut d'active à 100 %, ainsi que sa capacité de travail qu'elle estime être au maximum de 22 %, voire de 30 %. Elle prétend, en cas de maintien d'un statut mixte, à l'application d'une déduction de 10 % pour tenir compte des efforts qu'elle doit consentir dans ses activités ménagères ; enfin, elle requiert la prise en compte d'un salaire sans invalidité fondé sur l'ESS.

16. L'intimé a retenu, sur la base du rapport du 20 juin 2017 de la Dresse R_____, une capacité de travail de la recourante de 50 % dans une activité adaptée depuis avril 2017. La recourante invoque, en se fondant sur le rapport du 29 mars 2019 de la Dresse R_____, une capacité de travail non pas de 50 % mais d'au maximum 30 %.

A cet égard, l'appréciation de la capacité de travail effectuée par la Dresse R_____ le 29 mars 2019 a tenu compte d'un traitement suivi par la recourante de physiothérapie jugé inadéquat, ayant entraîné une péjoration des problématiques locomotrices, de sorte que le taux de travail, précédemment évalué entre 30 et 50 %, a été revu à la baisse. Or, cette problématique doit être considérée comme temporaire, la Dresse R_____ ayant d'ailleurs précisé que, suite à une modification de la prescription, une évaluation serait faite en avril 2019. Par ailleurs, les problématiques sphinctériennes de la recourante ont été jugées en amélioration. Finalement, hormis une péjoration des problématiques locomotrices dues au traitement inadéquat de physiothérapie, la Dresse R_____ n'a pas relevé, le 29 mars 2019, de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à son avis du 20 juin 2017. L'évaluation effectuée à cette dernière date peut donc être considérée comme pertinente, ce d'autant qu'elle a été communiquée antérieurement au litige. Dès lors que la Dresse R_____ a estimé une capacité de travail dans une activité adaptée, dès avril 2017, de 30 à 50 % et que l'intimé s'est uniquement basé sur

cette appréciation pour rendre sa décision, il convient de fixer la capacité de travail à une moyenne de 40 % et non pas, selon l'avis du SMR du 4 janvier 2018, à 50 %, étant relevé que le SMR n'a pas expliqué pour quel motif il retenait le taux le plus élevé.

Par ailleurs, le certificat médical du Dr T_____ du 12 mars 2019, lequel atteste d'une capacité de travail de la recourante très réduite, « de 2h », n'est pas motivé et, en particulier, n'explique pas pourquoi il retient une capacité de travail très inférieure à celle fixée par la Dresse R_____ entre 30 % et 50 %, sur la base de limitations fonctionnelles similaires (douleur à la mobilisation et troubles à la marche). En conséquence, il ne saurait remettre en cause l'appréciation de la Dresse R_____.

Au demeurant, il sera donc retenu une capacité de travail exigible de 40 % de la part de la recourante, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 1^{er} avril 2017.

17. La recourante prétend au statut de personne active à 100 %.

L'intimé a retenu un statut mixte de la recourante, 37 % active et 63 % ménagère, en considérant que la recourante exerçait une activité de nettoyeuse à raison de 16 h par semaine. A cet égard, selon l'extrait du compte individuel de la recourante du 21 novembre 2014, celle-ci a effectué quelques heures de nettoyage pour E_____ SA en 1994 et 1995 (pour un revenu de respectivement CHF 823.- et CHF 856.-) ; elle a travaillé comme serveuse au restaurant D_____ en 1995 pour un revenu de CHF 5'517.- et à l'hôtel F_____ de février à décembre 1996 pour un revenu de CHF 30'930.-. Elle a ensuite bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage de 1997 à 1999 et a retravaillé de mai à décembre 1999 chez H_____ SA. Jusqu'en 2007, la recourante s'est ensuite consacrée à l'éducation de ses deux filles. Elle a repris un travail à temps partiel de nettoyage de 2008 à 2010, chez I_____ les samedis, de 2009 à 2013, chez les Drs J_____ et K_____ et d'octobre 2010 à 2014 chez L_____ SA. Dès le 1^{er} juin 2013, la recourante a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage.

Selon les pièces médicales au dossier, la recourante a développé des symptômes de la maladie d'Ehlers-Danlos hypermobile courant 2012. En effet, les symptômes ont été jugés invalidants par la Dresse R_____ dès 2012 (rapport de la Dresse R_____ du 20 juin 2017), étant relevé que le Dr M_____ avait, dans le même sens, déjà indiqué que la recourante était atteinte dans sa santé en 2013 (rapport du Dr M_____ du 23 juillet 2014) et le Dr N_____ que la recourante présentait des douleurs depuis novembre 2012 (rapport du Dr N_____ du 26 novembre 2014). Il apparait ainsi que le diagnostic relatif à la symptomatologie incapacitante de la recourante n'a été posé qu'en 2016 par la Dresse R_____, mais que celle-ci et les médecins traitants de la recourante reconnaissent que la maladie était présente dès 2012. L'incapacité de travail retenue par le SMR dès le 16 décembre 2016 correspond en réalité à la date de l'incapacité de travail fixée par la Dresse R_____.

dès la prise en charge de la recourante. On ne saurait, dans ces conditions, suivre l'avis du SMR en considérant que la recourante ne présentait aucune symptomatologie antérieurement au 16 décembre 2016. Au contraire, la symptomatologie développée par la recourante dès 2012 est corroborée également par le fait que la recourante a été contrainte de réduire de quatre heures son activité hebdomadaire auprès de L_____ SA dès le 1^{er} octobre 2012. Ainsi, doit-on retenir que la recourante était apte à travailler, en théorie à 100 %, jusqu'en septembre 2012 et que dès octobre 2012, son état de santé l'a contrainte à réduire son taux d'activité. Les derniers emplois exercés par la recourante depuis sa reprise d'activité, en 2008, jusqu'en octobre 2012, date à laquelle elle a dû réduire son taux d'activité, ont été exercés pour L_____ SA à raison de 18 h par semaine d'octobre 2010 à septembre 2012, ainsi qu'à raison de 6h par semaine pour les Drs J_____ et K_____ (déclaration de la recourante du 9 mars 2019 et questionnaire pour l'employeur de L_____ SA du 25 novembre 2014).

Compte tenu des déclarations de la recourante et des pièces médicales au dossier, il convient d'admettre que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait conservé une activité de 18 h par semaine chez L_____ SA comme débutée en 2010, jusqu'en septembre 2012, et non pas de 14h par semaine - dès lors qu'elle a réduit son taux d'activité en raison de ses problèmes de santé - ainsi qu'une activité de 6 h par semaine chez les Drs J_____ et K_____, soit une activité totale de 24 h par semaine, équivalant, compte tenu d'un horaire de travail de 44 h par semaine dans le domaine du nettoyage en 2012 (cf art. 7 de la Convention collective de travail du secteur du nettoyage pour le canton de Genève 2011 – 2013) à un taux d'activité de 54,54 %.

Le statut de la recourante doit ainsi être considéré comme active à 54,5 % et ménagère à 45,5 %.

Un statut d'active à 100 % ne saurait en revanche lui être reconnu. La recourante a en effet déclaré à l'enquêtrice, le 28 mars 2018, que sans atteinte à la santé, elle aurait été disponible pour effectuer plus d'heures de nettoyage, selon les besoins de l'entreprise. La recourante n'a, en particulier, pas déclaré qu'elle aurait cherché à travailler à 100 %. Elle a ajouté qu'elle avait dû refuser des missions de travail en raison de son état de santé, depuis 2013. Dans son recours du 21 juillet 2018, la recourante a indiqué qu'elle travaillait à l'époque 18h par semaine et qu'elle avait dû réduire son temps de travail à 14 h par semaine en raison de son état de santé, puis avait dû renoncer à travailler. Ce n'est que dans sa réplique du 16 novembre 2018 que la recourante a invoqué le fait qu'elle avait toujours eu l'intention de travailler à plein temps, qu'elle avait cumulé les emplois pour atteindre un taux d'occupation le plus élevé possible et qu'elle avait dû réduire son activité dès 2013 en raison de son état de santé.

Lors de l'audience de comparution personnelle du 9 mars 2019, la recourante a déclaré qu'elle avait recommencé de travailler peu à peu, quand sa fille aînée avait eu 12 ans et qu'elle avait augmenté ses heures en fonction des propositions de son

employeur. Cette déclaration correspond à la première déclaration faite à l'enquêtrice selon laquelle elle était disponible pour augmenter ses heures de travail selon les besoins de l'employeur. Ainsi, les propos tenus par la suite par la recourante, soit qu'elle avait recherché du travail à 100 % entre 2008 et 2012, outre qu'ils ne sont corroborés par aucune pièce, ne correspondent pas aux déclarations faites en premier lieu et selon lesquelles elle aurait travaillé plus, mais en fonction des propositions de son employeur et non pas clairement à un taux de 100 %. Or, à cet égard, en droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47; arrêt 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 399/2014 du 22 mai 2015).

Enfin, l'inscription de la recourante à l'OCE le 1^{er} juin 2013, en recherche d'activité à 100 % n'est pas déterminante, la recourante étant déjà à cette époque atteinte dans sa santé.

18. a. Il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante, étant constaté qu'elle admet les empêchements ménagers retenus par l'intimé.

Compte tenu d'une incapacité de travail documentée, postérieurement à la dernière décision de l'intimé du 30 mars 2015, dès le 16 décembre 2016, c'est à juste titre que l'intimé a pris en compte l'année 2017 comme année de référence pour le calcul de la rente d'invalidité de la recourante.

Le salaire sans invalidité retenu par l'intimé a été calculé à partir du revenu de la recourante réalisé en 2012, selon l'extrait de son compte individuel, actualisé à l'année 2017. Cependant, il a été exposé ci-dessus que la recourante a diminué son taux d'activité chez L_____ SA dès le 1^{er} octobre 2012 en raison de son état de santé. Il convient en conséquence de prendre en compte, au titre de revenu sans invalidité, celui réalisé pour une activité de 18h par semaine et non pas de 14h par semaine, soit le salaire réalisé durant l'année 2011 chez L_____ SA par la recourante, de CHF 18'225.- (au lieu de CHF 15'135.- réalisés en 2012). L'annexe 1 de la convention collective de travail du secteur du nettoyage pour le Canton de Genève 2011 – 2013 prévoit un salaire horaire identique en 2011 et en 2012, de sorte que le montant de CHF 18'225.- peut être pris en compte pour l'année 2012, sans indexation. Le revenu total 2012 pertinent est ainsi de CHF 25'753.- (CHF 18'225.- + CHF 7'528.-). Ce montant, indexé à l'année 2017, est de CHF 26'624.-. Compte tenu d'un taux d'activité de 54,5 %, il est, extrapolé pour un taux d'activité de 100 %, de CHF 48'851.-, soit un revenu sensiblement inférieur à celui retenu par l'intimé de CHF 63'324.-.

En outre, en présence d'un revenu effectivement réalisé en 2012, il n'y a pas lieu de suivre la recourante pour calculer son revenu sans invalidité sur la base de l'ESS. Quant au revenu d'invalidé, il a été à juste titre, soit en l'absence d'une reprise d'activité de la recourante, calculé sur la base de l'ESS 2016 (TA1, femme, total, niveau 1, pour 41,7 h de travail par semaine, indexé à l'année 2017, avec une déduction de 15 %). Il est ainsi de CHF 18'626.- pour un taux de travail de 40 %.

Enfin, compte tenu de la jurisprudence précitée (consid. 14) et, en particulier du fait que la recourante n'exploite pas sa capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu de prendre en compte une réduction de la capacité de travail résiduelle compte tenu des efforts consentis dans la réalisation des tâches ménagères.

b. Il convient donc de procéder aux calculs du degré d'invalidité de la recourante, en prenant en compte l'année de référence 2017, un statut mixte d'active à 54,5 % et de ménagère à 45,5 %, une exigibilité de 40 %, un revenu sans invalidité de CHF 26'624.- à un taux d'activité de 54,5 %, et de 48'651.- à un taux d'activité de 100 % et un revenu d'invalidé de CHF 18'626.- (pour un taux de travail de 40 %). Suivant l'intimé, trois calculs sont nécessaires afin de tenir compte de la modification du RAI au 1^{er} janvier 2018 et de la suppression de l'exigibilité de la fille de la recourante au 1^{er} août 2018.

Avant le 1^{er} janvier 2018 :

Activités	Part	Perte économique / empêchement	Degré d'invalidité
Professionnelle	54,5 %	30 %	16,35 %
Travaux habituels	45,5 %	27,4 %	12,46 %
Degré d'invalidité total arrondi			29 %

Sphère lucrative : Le revenu sans invalidité de 26'624.-, comparé au revenu avec invalidité pour un taux de 40 %, de CHF 18'626.- donne un degré d'invalidité de 30 %.

Sphère ménagère : L'empêchement est de 27,4 %.

Le degré d'invalidité de 29 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Dès le 1^{er} janvier 2018 :

Activités	Part	Perte économique / empêchement	Degré d'invalidité
Professionnelle	54,5 %	61,87 %	33,71 %

Travaux habituels	45,5 %	30 %	13,65 %
Degré d'invalidité total arrondi			47 %

Sphère lucrative : Le revenu sans invalidité de CHF 48'851.-, comparé au revenu d'invalidité pour un taux de 40 %, de CHF 18'626.-, donne un degré d'invalidité de 61,87 %.

Sphère ménagère : L'empêchement ménager est de 30 %.

Le degré d'invalidité de 47 % donne droit à un quart de rente d'invalidité.

Dès le 1^{er} août 2018 :

Activités	Part	Perte économique / empêchement	Degré d'invalidité
Professionnelle	54,5 %	61,87 %	33,71 %
Travaux habituels	45,5 %	45 %	20,47 %
Degré d'invalidité total arrondi			54 %

Sphère lucrative : Degré d'invalidité de 61,87 %.

Sphère ménagère : L'empêchement est de 45 %.

Le degré d'invalidité de 54 % donne droit à une demi-rente d'invalidité.

Finalement, le calcul opéré avec les éléments corrigés aboutit au même droit à la rente que la proposition de l'intimé du 18 décembre 2018.

19. Le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018.
20. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 6 juillet 2018.
4. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
7. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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