



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2128/2019

ATAS/471/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ORIENT, représentée par
ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1958, mariée, mère de trois enfants nés en 1982 et 1984 d'un premier mariage, travaillait à plein temps depuis février 2000 en qualité de commise administrative au B_____. Elle souffre de multiples atteintes à la colonne vertébrale depuis le 23 novembre 2000 qui ont entraîné, depuis cette date, des incapacités de travail de 100%, 50%, 25%, puis à nouveau 100%.
2. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 17 octobre 2001.
3. Dans un rapport du 17 octobre 2002 à l'OAI, le docteur C_____, généraliste FMH, médecin traitant, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée en raison d'une spondylolisthésis L5-S1 avec conflit radiculaire L5 gauche. La capacité de travail médicalement exigible était nulle dans l'activité habituelle de commise administrative et dans toute autre activité, ce à compter du 24 octobre 2002. Une intervention chirurgicale était prévue le lendemain. La question de l'exigibilité d'une éventuelle reprise du travail devait faire l'objet d'un examen trois à six mois après l'opération.
4. Par décision du 11 mars 2003, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée, dès le 1^{er} mars 2003, correspondant à un degré d'invalidité de 100%.
5. Par décision du 8 avril 2003, l'OAI, statuant sur la période rétroactive, lui a octroyé une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2001 au 30 septembre 2002, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2002 au 28 février 2003, fondée sur un degré d'invalidité de 100%.
6. L'OAI a initié une première révision de la rente en novembre 2003.

Dans un rapport du 15 décembre 2003, le docteur D_____, neurochirurgien FMH, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100% depuis le 6 septembre 2002 et que son état était stationnaire. Elle ne pouvait reprendre de travail « avec une activité physique quelconque ». Pour sa part, le Dr C_____ a mentionné le 8 janvier 2004 qu'une aggravation de l'état de santé était intervenue autour du 25 janvier 2003. Depuis le 24 octobre 2002, la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Le 24 février 2004, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif majeur récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques d'évolution chronique, d'une anxiété généralisée et d'une personnalité dépendante, dont les premières manifestations remontaient à 1992. L'assurée était en traitement depuis le 24 juillet 2002. L'incapacité de travail était de 100% et le pronostic défavorable.

7. Par communication du 4 mars 2004, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait examiné son degré d'invalidité et constaté que celui-ci n'avait pas changé au point

d'influencer le droit à la rente. Elle continuerait donc à bénéficier de la même rente, fondée sur un degré d'invalidité de 100%.

8. Au fil de deux nouvelles révisions intervenues en 2008 et 2011, l'OAI, après avoir recueilli les renseignements médicaux auprès du Dr C_____ (lequel a fait état dans son rapport du 17 juin 2008 d'une aggravation survenue fin 2002 – début 2003), a maintenu le droit de l'assurée à une rente entière (communications des 24 juin 2008 et 6 septembre 2011). Dans le cadre de ces révisions, l'OAI s'est notamment procuré un extrait du compte individuel AVS de l'assurée. Selon ce document, daté du 3 mai 2011, l'assurée réalisait depuis décembre 2007 des revenus auprès de F_____ [ci-après : F_____ ou l'employeur (CHF 2'539.- en décembre 2007, CHF 30'386.- en 2008 et CHF 22'938.- en 2009)].
9. En mars 2013, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle procédure de révision. Il a recueilli un extrait des comptes individuels AVS de l'assurée, daté du 18 mars 2013, récapitulant les gains réalisés par l'assurée auprès de F_____ de décembre 2007 à décembre 2011.
10. Le 30 mars 2013, l'assurée a complété un questionnaire pour la révision de la rente, indiquant que son état de santé était toujours le même, avec une mobilité très douloureuse par moments. Elle travaillait en qualité d'employée de commerce auprès de F_____ « quelques heures par semaine ». Le revenu tiré de cette activité s'élevait à CHF 1'900.- par mois, soit CHF 24'700.- par an, treizième salaire inclus.
11. Le 7 mai 2013, l'assurée a produit une attestation de l'employeur, dont il ressortait qu'elle était employée au département « back-office » à 30%, au bénéfice d'un contrat de durée déterminée, renouvelable tacitement de mois en mois par les parties. Travaillant douze heures par semaine, elle bénéficiait de trente jours de vacances annuelles, prorata temporis. Actuellement, son salaire mensuel s'élevait à CHF 2'000.- brut, versé treize fois par an.
12. Dans un rapport du 3 mai 2013, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics.
13. Le 4 juin 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis 2012 en raison de l'apparition d'une tendinopathie d'Achille bilatérale, synonyme de réduction du périmètre de marche. Une reprise du travail n'était pas possible, l'assurée n'étant pas en mesure de maintenir sa position de travail – assise ou debout.
14. Le 26 août 2013, le docteur H_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a estimé qu'il était difficile de faire la part des choses entre la capacité de travail médicalement exigible et les impératifs d'ordre financier. Pour connaître l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis l'octroi de la rente et déterminer si elle travaillait au-dessus de ses forces, il était nécessaire de diligenter une expertise rhumatologique auprès du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie.

-
15. En date du 4 octobre 2013, à la suite de l'invalidité de l'époux de l'assurée, l'OAI a notifié à l'assurée une décision d'octroi d'une rente entière simple d'invalidité plafonnée, depuis le 1^{er} novembre 2012.
16. Le Dr I_____ a rendu son rapport d'expertise le 14 janvier 2014. Il posé les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) suivants :
- lombalgies chroniques avec irradiation algique dans le membre inférieur gauche
 - status après spondylodèse L5-S1 le 25 octobre 2002 par cages Varlock, en raison d'un spondylolisthésis de grade I L5-S1 consécutif à une lyse isthmique bilatérale de L5
 - tendinopathies chroniques d'Achille bilatérales, prédominant à gauche, dans le contexte de pieds creux de stade III.

Depuis octobre 2002, date à laquelle rétroagissait son droit à une rente entière, l'assurée n'avait pas connu d'amélioration de son état de santé d'un point de vue somatique. À l'heure actuelle, la capacité de travail exigible dans son activité habituelle d'employée de commerce était de 0%, ce depuis octobre 2002. En revanche, dans une activité légère, sans port de charges, qui autoriserait des alternances de positions régulièrement, toutes les dix à quinze minutes, sans efforts de marche, on pouvait estimer que la capacité de travail exigible s'élevait à 30% au maximum en tenant compte d'une baisse de rendement due aux atteintes tant rachidienne qu'achilléenne.

17. À l'examen des conclusions du Dr I_____, le Dr H_____ a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité d'employée de commerce et de 30 % dans une activité strictement adaptée.
18. Le 23 janvier 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle travaillait toujours auprès de F_____. Rien n'avait changé, si ce n'était qu'elle prenait « plus de congés » et qu'elle se déplaçait plus difficilement.
19. Dans une note de travail datée du 24 février 2015, l'OAI a observé que l'assurée avait attendu mars 2013 pour l'informer de la reprise d'une activité professionnelle en décembre 2007. Même s'il n'y avait pas modification de la capacité de travail médicalement exigible, l'assurée avait repris une activité professionnelle en décembre 2007, sans l'annoncer à l'OAI, avec des revenus non négligeables (CHF 26'000.- par an).

Avant son atteinte à la santé, l'assurée travaillait en tant que commise administrative au B_____. Selon le rapport de l'employeur du 11 décembre 2001, le revenu annuel brut en 2001 était de CHF 63'073.-. Selon le questionnaire servant à contrôler l'incapacité de gain du 22 novembre 2002, le revenu mensuel de l'assurée était de CHF 5'740.-, soit CHF 68'880.- par an. À teneur de l'extrait du compte individuel pour l'année 2002, le revenu annuel soumis à cotisations s'élevait à CHF 69'109.-. C'était ce montant qu'il convenait de retenir pour le calcul. Indexé à 2008 selon l'indice suisse des salaires nominaux (ISS), le revenu

hypothétique sans invalidité s'élevait ainsi à CHF 75'219.- et le degré d'invalidité à 65.43%, en application de la formule suivante : $(75'219 - 26'000) \times 100 / 75'219$.

20. Par projet de décision du 24 avril 2015, l'OAI a informé l'assurée de la diminution de sa rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2008, motif pris qu'elle avait repris une activité professionnelle depuis décembre 2007 sans l'en informer, violant de ce fait son obligation de renseigner. Au plus tard en février 2008, elle présentait une amélioration durable de sa capacité de gain, depuis au moins trois mois. Ainsi, dès le 1^{er} mars 2008, son degré d'invalidité était diminué à 65%.

21. Entendue le 26 mai 2015 par l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle avait appelé l'office qui lui aurait dit qu'elle n'avait pas besoin d'annoncer un revenu inférieur à CHF 2'000.-. Elle avait beaucoup de frais médicaux et de charges. Elle avait donc dû reprendre une activité professionnelle malgré ses douleurs quotidiennes. Il lui fallait un jour pour récupérer après quelques heures de travail. Si elle n'avait pas besoin de travailler pour vivre, elle arrêterait car elle souffrait beaucoup trop.

Estimant que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI était inférieur à celui réellement perçu, l'assurée a produit une fiche de salaire afférente au mois de février 2003. Il en ressort qu'elle avait touché un revenu brut de CHF 5'952.10 pour son activité de commise administrative auprès du B_____. En l'état, elle était dans l'impossibilité de rembourser la différence entre un trois quarts de rente et une rente entière. De plus, elle pensait devoir diminuer son temps de travail en raison de son état de santé. Actuellement, elle n'avait pas de deuxième pilier ni d'assurance perte de gain. Si elle tombait malade ou avait un accident, elle perdait son salaire.

22. Le 18 juin 2015, l'assurée a produit une attestation de F_____ datée du 16 juin 2015, indiquant que le taux d'activité actuel de 30% serait réduit à 25% dès le 1^{er} juillet 2015, avec un salaire mensuel de CHF 1'667.- brut à la clé, versé treize fois l'an.

23. Par communication du 30 juin 2015 à l'attention de la caisse cantonale genevoise de compensation, l'OAI a annulé et remplacé son prononcé du 24 avril 2015, précisant que la diminution rétroactive de la rente prenait effet non pas au 1^{er} mars 2008, date de la diminution du degré d'invalidité à 65%, mais au 1^{er} avril 2010. En d'autres termes, la rétroactivité était limitée à cinq ans à compter du projet de décision du 24 avril 2015.

24. Par décision du 9 juillet 2015, l'OAI a réduit la rente d'invalidité de l'assurée à un trois-quarts de rente avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2010 et lui a réclamé la restitution de CHF 27'560.-, correspondant au trop-perçu pour la période de juillet 2010 à juillet 2015.

L'assurée avait repris une activité lucrative en décembre 2007, sans respecter son obligation de renseigner. Après comparaison des gains, la perte économique était de 65%, ouvrant le droit à trois-quarts de rente rétroactivement au 1^{er} mars 2008.

25. Le 14 septembre 2015, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au maintien d'une rente d'invalidité entière.

La recourante a produit un rapport du Dr G_____ du 13 août 2015, qui la soignait depuis 1995-1996, à teneur duquel son état de santé et l'indépendance fonctionnelle s'aggravaient progressivement. Du fait de ses affections, la recourante présentait essentiellement une limitation et une diminution de son périmètre de marche. En outre, une station immobile prolongée était impossible, que ce soit assise ou debout. Sa capacité de travail actuelle était de 25% en tant que « secrétaire comptable dans une banque ». Le pronostic était défavorable.

La recourante a contesté le calcul du degré d'invalidité. Depuis le 1^{er} juillet 2015, elle présentait une capacité de gain réduite à 25% dans une activité adaptée. Son revenu avec invalidité s'élevait donc à CHF 1'667.- bruts par mois, treize fois l'an, soit à CHF 21'671.- et non à CHF 26'000.-. De même, pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012, son revenu avec invalidité s'élevait à CHF 1'900.- bruts par mois, treize fois l'an, et donc à CHF 24'700.-. Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2015, il s'élevait effectivement à CHF 2'000.- par mois et donc à un montant annualisé de CHF 26'000.-. Quant au revenu sans invalidité, elle aurait réalisé un salaire annuel d'au moins CHF 76'700.- (CHF 5'900.- x 13) si elle n'avait pas été invalide et avait pu continuer à exercer son emploi de commise administrative au B_____.

En tenant compte des montants corrigés, la méthode de comparaison des revenus révélait un taux d'invalidité supérieur aux 65% retenus à tort par l'intimé. Dès le 1^{er} juillet 2015, il était même de 70%, ouvrant droit à une rente entière.

26. Le 15 octobre 2015, l'OAI a transmis à la chambre de céans, comme objet de sa compétence, un courrier que la recourante lui avait adressé le 5 octobre 2015. La recourante expliquait avoir eu une discussion avec son médecin, le Dr C_____, et avait une proposition à soumettre à l'intimé, car son état de santé se dégradait de plus en plus. Ce médecin souhaitait qu'elle puisse se rendre à la clinique de réadaptation de Sion (CRR) afin que cet établissement propose une solution qui permette de maintenir une petite activité professionnelle. Depuis juillet 2015, son taux avait diminué à 25%, mais dans un proche avenir, elle ne pourrait plus se déplacer correctement.

27. Dans sa réponse du 3 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours.

S'agissant du revenu sans invalidité, il ne pouvait se fonder sur ce que la recourante aurait pu gagner dans la meilleure des hypothèses. Étant donné qu'il y avait lieu de procéder à un rassemblement des comptes individuels, en particulier lorsque le revenu n'était pas établi de manière transparente, et qu'il convenait de se baser sur le revenu moyen réalisé pendant une période assez longue lorsque les revenus étaient soumis à des fluctuations très importantes à relativement court terme, c'était

à juste titre qu'il s'était fondé sur les montants apparaissant sur les comptes individuels de la recourante pour l'année 2002.

Quant au revenu avec invalidité, il ressortait de l'expertise du Dr I_____ que la recourante présentait une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 5 kg, permettant l'alternance des positions assise et debout chaque quinze minutes, sans effort de marche et sans position de porte-à-faux avec le buste. Il ressortait de cette même expertise que la recourante travaillait comme aide de bureau et que cette activité était adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comme on pouvait présumer que le salaire obtenu auprès de F_____ correspondait au travail fourni, il ne s'agissait pas d'un salaire dit social. De plus, les rapports de travail pouvaient être considérés comme stables. C'était donc à juste titre qu'il s'était basé sur le revenu effectivement réalisé (CHF 26'000.-), ce d'autant plus que les comptes individuels faisaient état d'un revenu moyen de CHF 29'133.- sur les six dernières années. Par ailleurs, l'administration ou le juge ne pouvaient pas se fonder simplement sur le travail que la recourante avait fourni ou s'estimait elle-même capable de fournir depuis le début de l'incapacité de travail, ceci afin d'éviter qu'elle ne fût tentée d'influencer à son profit le degré de son invalidité.

28. La recourante, par réplique du 7 décembre 2015, a relevé que l'intimé aurait dû déterminer son revenu sans invalidité en se basant sur le montant des derniers salaires perçus en 2003, les annualiser et les indexer à 2008.

S'agissant du revenu d'invalidité, il convenait d'avoir à l'esprit qu'en décembre 2007, elle avait repris une activité pour des raisons purement économiques. En effet, la situation économique du couple était devenue précaire à la suite de la faillite de son mari. Elle n'avait dès lors pas eu d'autre solution que de reprendre une activité lucrative malgré ses importantes limitations. Enfin, depuis le 1^{er} juillet 2015, elle avait réduit son taux d'occupation à 25% en raison d'une nouvelle dégradation de son état de santé ; ce taux serait même moindre si son employeur ne lui permettait pas d'aménager son temps de travail en fonction de ses limitations.

29. Par duplique du 11 janvier 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

La rente pouvait être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci était resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain avaient subi un changement important.

30. Par arrêt du 29 juin 2016 (ATAS/537/2016), la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assurée, annulé la décision de l'OAI du 9 juillet 2015 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'expertise du Dr I_____ n'avait pas de valeur probante : elle reposait sur une méconnaissance partielle des faits et ses conclusions ne convainquaient pas. L'expert était notamment resté muet sur les répercussions des limitations fonctionnelles sur le rendement effectif de la recourante au sein de la banque et il n'indiquait pas non plus si elle travaillait au-dessus de ses forces, de sorte qu'il

n'était pas possible de tirer des conclusions valables sur sa capacité de gain résiduelle sur le marché général du travail – même équilibré. L'intimé devait dès lors instruire la question de savoir si le salaire perçu auprès de F_____ comportait un élément social, et dans l'affirmative, dans quelles proportions. Il conviendrait dans ce cas de retrancher la part sociale du salaire du revenu d'invalidité. Il convenait également de se poser la question de savoir si l'activité exercée était au-dessus des forces de la recourante, celle-ci ayant repris un emploi pour des raisons financières. S'il n'existait pas de part sociale au 30 juin 2015, ou si celle-ci était faible au point que l'exercice d'une activité à 30 % au service de F_____ équivalait à admettre un taux d'activité supérieur à 25 %, il faudrait compléter l'instruction du dossier par une expertise afin de déterminer si l'exercice d'une activité adaptée à 30 % était médicalement exigible au-delà du 30 juin 2015.

Par ailleurs, en attendant le 9 juillet 2015 pour notifier sa décision de reprise alors qu'elle disposait, dès le 31 mai 2011, d'indices clairs de la reprise d'une activité lucrative au 1^{er} décembre 2007, l'intimé n'avait pas respecté le délai de péremption d'une année. Sa créance en restitution était dès lors périmée, sauf pour les éventuelles prestations excédentaires allouées au cours des douze mois précédant la décision du 9 juillet 2015.

31. L'assurée a transmis à l'OAI un questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité le 10 août 2016, mentionnant une aggravation des douleurs au bas du dos et aux tendons d'Achille, avec limitation de la mobilité ; elle travaillait non plus douze, mais dix heures par semaine depuis le 1^{er} juillet 2015 pour F_____.
32. Le 27 novembre 2016, l'OAI a écrit à l'assurée que la révision de son dossier, initiée en février 2013, était toujours en cours. Il procédait à une instruction complémentaire conformément à l'arrêt du 29 juin 2016.
33. L'assurée a été convoquée à un entretien à l'OAI le 18 novembre 2016. Elle a communiqué les documents suivants :
 - Ses décomptes de salaire pour juillet, août et octobre 2016 ainsi que décembre 2008.
 - Une attestation de F_____ selon laquelle elle était employée à 30 % jusqu'au 30 juin 2015, puis à 25 % dès le 1^{er} juillet 2015 pour un salaire de CHF 1'667.- brut (x 13).
 - Des attestations de salaire de F_____ pour la période dès le 1^{er} janvier 2011 et dès le 1^{er} janvier 2013.

À teneur de la note sur l'entretien rédigée par le conseiller en réadaptation professionnelle de l'OAI, l'assurée a décrit ses diverses tâches, qu'elle estimait remplir à la satisfaction de son employeur. Elle devait toutefois alterner les positions toutes les 20 ou 30 minutes. Elle pensait travailler assez vite et s'adapter aux différentes situations demandées, ce qui faisait qu'elle arrivait à réaliser les différentes tâches confiées dans les temps. Le salaire 2015 de l'assurée était de

CHF 29'835.-, selon les documents fournis par l'assurée et sans primes et gratifications. L'employeur serait contacté pour déterminer l'existence ou non d'un salaire social.

34. Une note de travail du 20 décembre 2016 de l'OAI mentionne un entretien avec des responsables de F_____.

Selon son supérieur hiérarchique direct, l'assurée était employée depuis 2007 au sein de la banque, avec un contrat renouvelé tacitement de mois en mois. Elle exécutait les tâches confiées à leur entière satisfaction, avec un rendement effectif. Par conséquent, le salaire versé à l'assurée correspondait à son rendement réel, en adéquation avec son taux d'occupation.

35. A la demande de l'OAI, l'assurée a transmis ses fiches de salaire pour l'année 2016.

36. Dans le rapport final de mesures d'ordre professionnel du 14 mars 2017, l'OAI a conclu à l'inexistence d'un salaire social et à un degré d'invalidité de 61 % pour 2014, 63 % pour 2015 et 62 % pour 2016.

Le travail exercé par l'assurée, à 30 % depuis décembre 2007 et à 25 % depuis juillet 2015, était en adéquation avec ses compétences et le salaire versé correspondait au rendement qui lui était demandé. Les gratifications ou bonus étaient par ailleurs versés au prorata de son taux d'occupation. De plus, l'on pouvait considérer l'activité professionnelle comme « stable », l'assurée étant employée par la même banque et au même service depuis le 1^{er} décembre 2007. En 2016, l'assurée avait effectué des heures supplémentaires, de sorte que son taux d'activité était supérieur à 25 %. Le gain économique réel était, de ce fait, répercuté, et il convenait de prendre en compte, comme salaire d'invalidé, le revenu effectivement perçu par l'assurée, et d'évaluer le degré d'invalidité pour les années 2014, 2015 et 2016.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'assurée aurait perçu un salaire, en 2003, de CHF 70'717.- selon l'arrêt du 29 juin 2016. Il convenait de prendre en compte l'augmentation du salaire par le jeu des annuités, qui amenaient à un salaire de CHF 84'908.- en 2014 (classe 8, annuité 22). S'agissant du revenu d'invalidé, il était, selon les comptes individuels, de CHF 32'990.- en 2014, de CHF 31'138.- en 2015 et de CHF 32'662.50 en 2016.

Le degré d'invalidité était ainsi de 61 % en 2014, de 63 % en 2015 et de 62 % en 2016.

37. Le 29 mars 2017, l'assurée a informé l'OAI qu'elle vivait séparée de son époux depuis le 1^{er} novembre 2016 et joint un jugement du Tribunal de première instance de 2 mars 2017, les autorisant à vivre séparés, mais sans préciser la date de la séparation.

38. Dans un rapport du 11 mai 2017, le Dr C_____ a indiqué, sur demande de l'OAI, que l'exercice d'une activité adaptée à 30 % n'était plus exigible au-delà du 30 juin

2015, en raison d'une asthénie très importante sur vingt-quatre heures et insomnie jusqu'à trois heures le lendemain. Elle bénéficiait par ailleurs d'un suivi psychiatrique auprès du Docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Il a joint un rapport du 28 décembre 2016 du docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, selon lequel l'assurée présentait une tendinopathie achilléenne de deux côtés ; une chirurgie telle que proposée en 2013 par le docteur Marino DELMI, spécialiste FMH en chirurgie du pied et de la cheville, était indiquée.

39. Le 19 septembre 2017, le Dr J_____ a rempli un rapport médical AI.

L'assurée présentait les diagnostics de troubles somatiques, trouble dépressif majeur récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques d'évolution chronique (F 33.2) et anxiété généralisée (F 41.1).

L'assurée s'estimait incapable de travailler mais continuait son activité à la banque à 25 % avec des absences répétées pour des problèmes somatiques. Elle avait une capacité de travail de 20 à 25 % dans une activité adaptée à ses problèmes somatiques. Sur le plan psychique, elle était plus fatiguée qu'avant, peinait à se concentrer, avait des difficultés à gérer ses émotions et avait dû quitter à plusieurs reprises son travail. Actuellement l'incapacité de travail était totale. Le pronostic était réservé compte tenu de la multiplicité des problèmes, l'âge de l'assurée et son état d'épuisement chronique depuis des années.

Il a joint un rapport du 2 août 2017 de la doctoresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, chirurgie de la main, attestant d'une ténosynovite sténosante de la poulie A1 du majeur droit et un syndrome de compression du nerf médian au canal carpien des deux côtés débutant ; une intervention chirurgicale était envisagée.

Il a également annexé un rapport d'électroneuromyographie (ENMG) du 30 août 2017 du docteur M_____, spécialiste FMH en neurologie, montrant un syndrome du tunnel carpien bilatéral, une neuropathie cubitale gauche et une nette diminution des amplitudes sensibles et motrices. Il y avait cliniquement une parésie modérée, sans déficit sensitif.

40. Le 1^{er} novembre 2017, la F_____ a attesté que l'assurée travaillait toujours dix heures par semaine depuis juillet 2015 pour CHF 1'800.- brut par mois et qu'elle avait été en incapacité de travail totale le 23 février 2016, le 25 février 2016, le 1^{er} mars 2016, le 3 mars 2016, du 14 au 30 novembre 2016, du 21 février au 6 mars 2017, du 20 au 25 juin 2017 et le 6 septembre 2017, soit un total de 40,5 jours sur les deux dernières années.

41. Le 31 janvier 2018, le Dr H_____ du SMR a considéré qu'au vu du rapport du Dr J_____ du 19 septembre 2017, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité depuis le mois de juin 2015.

-
42. Le 12 février 2018, l'assurée a chuté sur une plaque de glace et a heurté son épaule et sa main, avec des douleurs également au bas du dos. Cet accident a été déclaré à la Bâloise assurances.
 43. Le 15 mars 2018, une note téléphonique de l'OAI mentionne que F_____ a confirmé que l'assurée était toujours employée chez eux.
 44. À la demande de l'OAI, l'assurée a transmis son certificat de salaire 2017 attestant d'un revenu annuel brut de CHF 27'254.85 et d'un bonus de CHF 5'000.-, soit un revenu total de CHF 32'953.85.

L'assurée a aussi communiqué un rapport de CT-lombaire du 28 février 2018 et un rapport du 8 mars 2018 du docteur N_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, constatant que le CT-lombaire montrait le status postopératoire L5-S1 connu. Il apparaissait un antélisthesis de grade I de L4-L5 qui n'était pas présent en 2013. Ce dernier était responsable d'une sténose foraminale bilatérale. L'examen neurologique était rassurant ; les nouveaux symptômes (douleurs épaule / main / bas du dos) devraient s'amender sous quelques semaines. En revanche, il existait indiscutablement, de manière radiologique, l'apparition d'un élément nouveau sous forme d'un spondylolisthésis L4 - L5 qui pourrait aussi faire naître une relative instabilité. Ce nouveau problème devrait être suivi afin d'envisager secondairement les différentes options thérapeutiques.

45. Le docteur O_____, spécialiste FMH en médecine générale, a certifié d'un arrêt de travail total de l'assurée du 12 février 2018 au 1^{er} mai 2018 et à 50 % du 2 au 31 mai 2018.
46. Le 14 juin 2018, l'assurée a effectué une IRM lombaire, concluant à une accentuation de la lordose lombaire physiologique avec antélisthesis de grade I de L4 sur L5 et contexte après spondylodèse L5-S1 (matériel chirurgical dans l'espace intersomatique et résection des lames et apophyse épineuse). L'examen relevait une importante atteinte dégénérative des articulaires postérieures avec hypertrophie facettaire bilatérale, contribuant au rétrécissement recessal et foraminal, qui était un peu accentué du côté droit, notamment en L5-S1, pouvant être à l'origine d'un conflit radiculaire (notamment en position debout). Le reste de l'examen était sans particularité.
47. Le 29 juillet 2018, le Dr H_____, du SMR, a estimé que la capacité de travail de l'assurée était toujours nulle, celle-ci travaillant au-dessus de ses forces. L'IRM du 14 juin 2018 évoquait une compression radiculaire, de sorte qu'à distance de la chute, la situation ne s'était pas améliorée.
48. Depuis le 12 août 2018, l'assurée perçoit des indemnités journalières maladie de la part d'Helsana Assurances SA.
49. Par projet de décision du 13 septembre 2018, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité de la recourante à un trois-quart de rente, dès le 1^{er} juillet 2014, sur la base d'un degré d'invalidité de 61 % en 2014, 63 % en 2015, 62 % en 2016 et 61 %

en 2017. Le revenu d'invalidité correspondait au salaire attesté dans les certificats de salaire (comprenant, en sus du salaire de base, des gratifications et bonus), soit CHF 32'990.- en 2014, CHF 31'138.- en 2015, CHF 32'662.50 en 2016, et CHF 32'953.85 en 2017.

Le revenu sans invalidité aurait été de CHF 70'717.- en 2003, selon l'arrêt du 29 juin 2016. Le salaire sans invalidité à prendre en compte pour 2014, 2015 et 2016 était de CHF 84'908.- (classe 08, annuité 22).

50. Les 15 octobre, l'assurée, représentée par ASSUAS, association suisse des assurés, a conclu à l'annulation du projet de décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

À la suite de son accident, le Dr O_____ avait certifié une incapacité de travail à 50 % jusqu'au 30 novembre 2018, de sorte que des renseignements médicaux complémentaires devaient être obtenus. L'OAI n'avait pas motivé le gain hypothétique estimé, en particulier la non application des abattements et n'avait pas tenu compte de ses limitations fonctionnelles. L'accident avait accentué ses problèmes lombaires, qui étaient de pronostic incertain ; elle présentait une incapacité de travail totale.

51. Dans un complément du 6 novembre 2018, l'assurée a communiqué :

- Un rapport LAA du Dr O_____ du 30 octobre 2018, selon lequel elle était capable de travailler le 50 % de son 25% du 1^{er} mai à ce jour, et avait été en incapacité de travail totale du 2 février au 30 avril 2018 ;
- Un certificat d'incapacité de travail du Dr O_____ à 50 % (du 25 %) pour novembre 2018 ;
- Un rapport du 18 juin 2018 de la doctoresse P_____, spécialiste FMH en radiologie.

Force était de constater que l'assurée présentait bien une atteinte à la santé aggravée par son accident du 19 février 2018. Elle était en incapacité de travail totale en raison de son état de santé et de ses limitations fonctionnelles. Elle présentait donc bien une diminution de sa capacité de gain.

52. Par décision du 7 février 2019, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité de l'assurée à un trois quarts de rente dès le 1^{er} juillet 2014 et requis de celle-ci le remboursement de CHF 3'542.-. La situation médicale de l'assurée était claire, et malgré son atteinte à la santé, elle mettait à profit une certaine capacité de travail et de gain qui générait des répercussions sur son taux d'invalidité. L'invalidité était une notion économique qui avait pour but de compenser financièrement la diminution de la capacité de gain. Étant donné que l'assurée poursuivait son activité, il y avait lieu de tenir compte des gains effectifs réalisés. Il n'y avait pas lieu de procéder à une autre évaluation de la situation, celle-ci pouvant être considérée comme stable depuis de nombreuses années au niveau économique. S'agissant du revenu sans invalidité, l'assurée aurait perçu un salaire en 2003 de

CHF 70'717.- selon l'arrêt de la chambre de céans du 29 juin 2016. En prenant en considération une augmentation du salaire par le jeu des annuités, l'assurée se serait trouvée, en 2014, au maximum de la position pour sa classe de fonction. Le salaire sans invalidité à prendre en compte pour 2014, 2015 et 2016 était donc de CHF 84'908.-.

53. Le 9 janvier 2019, l'assurée a communiqué à l'OAI un rapport du 10 novembre 2018 du Dr O_____, attestant d'un suivi depuis le 14 juillet 2017 : l'assurée présentait des diagnostics de spondylolisthesis, dorsopathies, rupture du matériel d'ostéosynthèse, ostéoporose sous-jacente, lombalgies non déficitaires. Elle avait aussi de façon chronique une hidrosadénite, une dépression et des troubles respiratoires en relation très probablement avec son tabagisme. La situation était stagnante, le neurochirurgien attendant une décompensation franche pour se lancer dans un geste invasif. En respectant une attitude modérée, la situation était stable mais toujours fragile. Les limitations étaient les suivantes : port de charges quasi impossible, station debout et marche algique au-delà d'un périmètre faible (500m), station assise prolongée algique. Elle avait une carte de stationnement privilégié (handicapé). Actuellement elle travaillait à 50 % de son ancien 25 %. Chaque journée de travail impliquait un déplacement depuis son domicile à la Vallée de Joux vers Genève, ce qui rendait la tâche difficile. Le pronostic était médiocre ; l'évolution spontanée était lente et vu l'état moral précaire, une augmentation drastique du pourcentage d'activité semblait improbable. Il existait d'autres lésions de type usure / arthrose, mais qui rentraient en deuxième plan ; celles-ci pourraient se décompenser en augmentant le pourcentage d'activité.
54. Le 11 mars 2019, l'assurée, représentée par ASSUAS, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Vaud à l'encontre de la décision de l'OAI du 7 février 2019, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'à la suppression du plafonnement de la rente.
- Elle présentait une atteinte à la santé aggravée par son accident de février 2018 et sa capacité de travail exigible était de 12,5 % ; son revenu sans invalidité devait correspondre à celui d'un poste à 100 % auprès de F_____ car elle aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, recherché un travail mieux rémunéré que celui qu'elle occupait au B_____, suite à la faillite de son époux, de sorte que son degré d'invalidité était depuis 2014 de 70 %, dès le 1^{er} juillet 2015, de 75 % et dès février 2018 de 87,5 % ; par ailleurs, elle vivait séparée de son époux selon un jugement du TPI du 2 mars 2017, de sorte que sa rente ne devait pas être plafonnée.
55. Par jugement du 28 mars 2019, le Tribunal cantonal de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud a déclaré le recours irrecevable et l'a transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève.
56. Le 4 juin 2019, la chambre de céans a enregistré le recours.
57. L'intimé a répondu au recours le 28 juin 2019, concluant à son rejet.

La rente entière d'invalidité de l'assurée avait été plafonnée de novembre 2012 à juin 2014 ; dès juillet 2014, elle bénéficiait d'un trois quarts de rente d'invalidité qui n'avait pas été réduit. Quant au revenu sans invalidité, il était fondé à juste titre sur le salaire réalisé en dernier lieu par l'assurée avant l'atteinte à la santé.

58. Le 17 juillet 2019, l'assurée a répliqué, persistant dans ses conclusions.

Le Dr O_____ avait souligné qu'une activité de bureau était pénible pour elle et le SMR avait retenu qu'elle travaillait au-dessus de ses forces. On ne pouvait dès lors retenir comme revenu d'invalidité son salaire auprès de F_____. Par ailleurs, la restitution ne pouvait porter que sur la période à partir du 9 juillet 2014 et non pas dès le mois de juillet 2010.

59. Le 16 septembre 2019, l'OAI a dupliqué en relevant qu'on ne pouvait s'en tenir à la seule appréciation médicale selon laquelle la recourante travaillerait au-dessus de ses forces, cette dernière le faisant depuis de nombreuses années sans baisse de rendement. Dans la mesure où la recourante démontrait, dans les faits, qu'elle avait une capacité de travail résiduelle, il convenait d'en tenir compte dans l'appréciation de sa capacité de gain, et partant, de son invalidité. Par ailleurs, il y avait lieu d'admettre que la créance en restitution ne pouvait intervenir antérieurement au 9 juillet 2014.

60. Le 30 septembre 2019, la recourante a transmis une écriture spontanée à la chambre de céans.

Il ressortait du rapport du Dr O_____ du 10 novembre 2018 que sa capacité de travail avait diminué à 12,5 %. On ne pouvait dès lors retenir qu'elle travaillait sans baisse de rendement. Par ailleurs, sa situation professionnelle n'était pas stable puisque son contrat était renouvelable de mois en mois. Par ailleurs, le fait qu'elle ne touchait pas de salaire social ne signifiait pas qu'elle ne travaillait pas au-dessus de ses forces. Enfin, l'OAI aurait dû diligenter une expertise afin de déterminer si l'exercice d'une activité adaptée était médicalement exigible au-delà du 30 juin 2015, comme l'arrêt de la chambre de céans l'avait jugé le 29 juin 2016. Elle devait dès lors diligenter cette expertise, ce d'autant plus que son état s'était aggravé, ce qui n'avait pas été pris en compte dans la décision querellée.

61. Les parties ont été convoquées à une audience de comparution personnelle le 18 novembre 2019.

a. L'assurée a indiqué avoir chuté le 12 février 2018, ce qui avait aggravé ses problèmes de dos. Elle n'allait déjà pas bien, son cas s'étant aggravé en 2014/2015. Elle avait un déplacement de vertèbres, dont l'une était sur le point de lâcher, de sorte qu'elle devait se faire opérer. Il s'agissait d'une opération très délicate car elle avait 50 % de chance de ne pas remarcher. Elle avait déjà subi une opération similaire en 2002 : les conséquences étaient importantes, elle avait notamment dû rester couchée durant 4 mois. La greffe osseuse pratiquée en 2002 se décalcifiait, ce qui augmentait les risques de sa future opération. Elle travaillait à 12,5% à la banque depuis mai 2018, s'y rendant en voiture car elle ne pouvait pas emprunter

les transports publics en raison des secousses. Elle bénéficiait d'une carte pour handicapée, lui permettant de garer sa voiture près de tout endroit où elle se rendait, dont la banque. Elle avait entre une heure et une heure quinze de route pour se rendre au travail car elle habitait près d'un de ses fils à la Vallée de Joux dans le canton de Vaud depuis la séparation avec son mari ; elle n'arrivait pas à trouver un appartement abordable sur Genève. Son nom de famille était dorénavant A_____. Elle était séparée depuis le 31 octobre 2016. Elle n'avait actuellement pas les moyens de faire une demande en divorce. Elle gagnait CHF 1'900.- brut.

Elle avait d'abord bénéficié de la prise en charge de son accident par la Bâloise assurance, assureur accident de son employeur, puis pendant trois à six mois par l'assurance d'indemnités journalières perte de gain maladie. Selon son souvenir, les indemnités maladie avaient cessé en février 2019 et elle avait été convoquée par son employeur en août 2019 pour discuter de sa situation. Elle avait toujours un contrat renouvelable de mois en mois. La Banque l'avait informée qu'elle voulait la licencier mais lui avait finalement fait une proposition relevant du social, c'est-à-dire qu'elle continuait à percevoir un salaire de 25 % alors qu'elle travaillait à 12,5 %. Ils lui avaient demandé de faire les démarches auprès de l'OAI. Elle pensait se faire licencier à la fin de l'année.

Elle a produit en audience son certificat de salaire 2018, attestant d'un salaire brut de CHF 31'969.90, y compris une prime dont elle ne se rappelait par le montant, et de CHF 29'467.25 net.

b. Le représentant de l'intimé a indiqué qu'une nouvelle demande avait été déposée le 19 août 2019, qui restait en suspens dans l'attente de la présente procédure. Après l'accident ils avaient demandé des renseignements à l'employeur, qui avait confirmé que les données étaient identiques et continué de prendre en compte le salaire effectivement réalisé. Les nouveaux éléments, tels que la prise en charge par l'employeur d'un salaire social selon les dires de la recourante ainsi qu'une diminution du salaire, seraient instruits dans le cadre de la nouvelle demande de prestations.

c. Le représentant de la caisse cantonale genevoise de compensation (CCGC) a précisé que la restitution était demandée depuis juillet 2014, soit un montant de CHF 3'542.-. La rente avait été diminuée à trois-quarts de rente depuis le prononcé du 9 juillet 2015. Le dernier prononcé avait rétabli une rente entière de juillet 2010 à juin 2014. Depuis que la recourante avait perçu un trois-quarts de rente, il n'y avait plus de plafonnement de celle-ci en raison du mariage.

d. Le conseil de la recourante a indiqué ne pas contester que celle-ci ne réalisait pas un salaire social à l'époque où l'instruction avait été faite par l'OAI. Il renonçait à l'argument concernant l'abattement sur le salaire effectivement réalisé par la recourante. Il maintenait par contre la prise en compte, au titre du revenu sans invalidité, d'un salaire réalisé auprès de la Banque. Il estimait que pour recalculer le degré d'invalidité suite à la procédure de révision, il fallait prendre un revenu sans

invalidité correspondant à celui réalisé par la recourante à 100 % auprès de la Banque.

62. 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. a. 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]). Les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (art. 17 al. 5 LPA).

b. En l'espèce, interjeté dans le délai de trente jours, le recours sera déclaré recevable, quand bien même il a été déposé à une juridiction incompétente, laquelle l'a transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence.

4. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la chambre de céans ayant jugé, dans l'ATAS/537/2016 que la créance en restitution de l'OAI était périmée pour les créances antérieures au 9 juillet 2014, le litige ne porte que sur la période à compter de cette date. Il doit dès lors être examiné au regard du nouveau droit.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé est en droit de réduire la rente entière d'invalidité de la recourante à trois-quarts de rente à compter du 9 juillet 2014, et de lui réclamer le remboursement de CHF 3'542.-, correspondant à la différence entre les rentes versées et les rentes prétendument dues entre juillet 2014 et juin 2015.

La recourante conteste en particulier le montant retenu par l'intimé au titre de revenu sans invalidité, estimant qu'il conviendrait de prendre en compte un revenu correspondant à celui qu'elle réaliserait à 100 % auprès de la Banque. Elle ne conteste pas qu'elle ne réalisait pas un salaire social à l'époque où l'instruction a été faite par l'intimé, et a indiqué, lors de l'audience de comparution personnelle, renoncer à son argument concernant l'abattement sur le salaire qu'elle avait effectivement réalisé. Elle estime toutefois que l'intimée aurait dû diligenter une expertise afin de déterminer si l'exercice d'une activité adaptée était médicalement exigible au-delà du 30 juin 2015, comme l'arrêt de la chambre de céans l'avait jugé le 29 juin 2016.

6. a. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'un même état de fait, n'est pas suffisante pour fonder une révision du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 419/03 du 22 octobre 2003 consid. 4 ; RCC 1985 p. 333 consid. 2c).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

- b. Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 31 al. 1 LAI prévoit que lorsqu'un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente,

sa rente n'est révisée conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA que si l'amélioration du revenu dépasse CHF 1'500.- par an.

c. En vertu de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre

Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI, la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI. À teneur de cette disposition, l'ayant-droit doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

d. Au contraire, aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable.

7. a. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

L'al. 2 de cette disposition précise que 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.

c. En vertu de l'art. 28a al. 1^{er} LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

8. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). 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 de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). 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).

Cependant, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010, op. cit., consid. 3.4).

c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

d. La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-

chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

e. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

f. D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

g. Le revenu d'une activité lucrative qu'on ne peut pas raisonnablement exiger de l'assuré n'est pas pris en compte comme revenu du travail. Cela peut être le cas d'une activité qui, même si elle est appropriée, dépasse manifestement ses forces. Ainsi, par exemple, lorsqu'il exerce une activité lucrative à un taux d'activité supérieur à sa capacité de travail médicalement reconnue, il ne faut compter comme revenu d'invalide que le revenu qu'il obtiendrait en travaillant au taux d'activité qui est indiqué du point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 485/05 du 3 novembre 2005 consid. 5.3, cité in Michel VALTERIO, Commentaire de la LAI, 2018, no. 23 ad art. 28a, p. 410). Dans l'arrêt I 485/05

précité, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'on ne pouvait prendre en compte, comme revenu du travail d'un assuré dont la capacité de travail était de 50 % d'un point de vue médical, qu'un salaire à 50 %, ce bien qu'il eût travaillé entre 54 et 68 % durant la période litigieuse, à savoir entre 2001 et 2003 (consid. 5.3).

9. a. En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2002, fondée sur un degré d'invalidité de 100 % en raison de multiples atteintes à la colonne vertébrale. Constatant que la recourante avait repris une activité lucrative en décembre 2007, l'intimé a réduit, par décision du 9 juillet 2015, sa rente d'invalidité à un trois-quarts de rente, avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2010.

Par arrêt du 29 juin 2016, la chambre de céans a annulé la décision du 9 juillet 2015 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'intimé était chargé d'instruire la question de savoir si le salaire perçu auprès de F_____ comportait un élément social, et dans l'affirmative, dans quelles proportions. S'il n'existait pas de part sociale, il convenait de se poser la question de savoir si l'activité exercée était au-dessus des forces de la recourante, cette dernière ayant repris un emploi pour des raisons financières. L'intimé devait ainsi compléter l'instruction du dossier par une expertise afin de déterminer si l'exercice d'une activité adaptée à 30 % était médicalement exigible au-delà du 30 juin 2015. La chambre de céans a également relevé que la créance en restitution de l'intimé était périmée, sauf pour les éventuelles prestations excédentaires allouées au cours des douze mois précédent la décision du 9 juillet 2015.

Dans le cadre de l'instruction qu'il a menée, l'intimé a eu un entretien en décembre 2016 avec les responsables de F_____, duquel il est ressorti que la recourante ne percevait alors pas de salaire social, ce que cette dernière a reconnu lors de l'audience de comparution personnelle du 18 novembre 2019.

La recourante a continué à travailler auprès de F_____ à un taux de 25 % depuis juillet 2015 et jusqu'à son accident de février 2018. Sur les années 2016 et 2017, elle a cumulé 40,5 jours d'incapacité de travail.

Dans la décision querellée, l'intimé a ainsi retenu que la recourante ne percevait aucun salaire social, et qu'il convenait de prendre en compte, comme revenu d'invalidité, le salaire effectivement perçu auprès de F_____.

S'agissant du revenu sans invalidité, il s'est fondé sur le salaire que percevait la recourante en tant que commise administrative à l'État de Genève en 2003, augmenté par le jeu des annuités, à savoir un salaire de CHF 84'908.- en 2014, 2015 et 2016.

11. Dans un premier grief, la recourante soutient que son revenu sans invalidité devrait correspondre à celui d'un poste à 100% auprès de F_____, au motif qu'elle aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, recherché un travail mieux rémunéré que celui qu'elle occupait à l'État à la suite de la faillite de son époux.

Or, l'ATAS/537/2016 précité a déjà tranché cette question, retenant qu'il convenait de prendre en considération le salaire perçu par la recourante lors de sa dernière activité avant la survenance de son invalidité, en appliquant la progression salariale prévue par l'échelle des traitements du personnel de l'État de Genève. En effet, il ressort de la jurisprudence susmentionnée que pour déterminer le salaire sans invalidité, il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, des exceptions n'étant admises que si elles présentent une vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Il sied pour le surplus de relever que l'on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle soutient que selon toute vraisemblance, elle aurait cherché un travail mieux rémunéré après la faillite de son époux, ce d'autant plus qu'en tant que fonctionnaire à l'État de Genève, elle bénéficiait d'une sécurité de l'emploi non négligeable dans de telles circonstances. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé, pour déterminer le salaire sans invalidité, sur le salaire perçu par la recourante lors de sa dernière activité avant la survenance de son invalidité, en appliquant la progression salariale prévue par l'échelle des traitements du personnel de l'État de Genève, soit un salaire de CHF 84'908.- en 2014, 2015 et 2016.

12. Dans un deuxième grief, la recourante soutient qu'elle travaillerait au-dessus de ses forces et que l'intimé aurait dès lors dû mettre en œuvre une expertise pour déterminer si l'exercice d'une activité adaptée était médicalement exigible au-delà du 30 juin 2015.

Après le renvoi du dossier par la chambre de céans, l'intimé a procédé à diverses mesures d'instruction sur le plan médical, puis a retenu, dans la décision querellée, que la situation médicale était claire, et qu'il n'était pas nécessaire d'instruire davantage cette question et d'ordonner une expertise afin de déterminer si l'exercice d'une activité adaptée était médicalement exigible au-delà du 30 juin 2015. En effet, malgré son atteinte à la santé, la recourante mettait à profit une certaine capacité de travail et de gain qui générait des répercussions économiques. Par conséquent, il convenait de prendre en compte, comme revenu d'invalidé, le salaire effectivement perçu, qui ne comportait pas de composante sociale.

Il sied tout d'abord de relever que, contrairement à ce que soutient l'intimé, la situation professionnelle de la recourante ne saurait être qualifiée de stable, celle-ci ayant relaté, lors de l'audience de comparution personnelle, que son contrat était renouvelable de mois en mois, qu'elle travaillait désormais à 12.5 %, et qu'elle s'attendait à se faire prochainement licencier.

Par ailleurs, l'approche purement économique de l'invalidité défendue par l'intimé ne saurait être suivie par la Cour de céans. En effet, comme le rappellent la doctrine et la jurisprudence susmentionnées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 485/05 du 3 novembre 2005 et VALTERIO, op. cit.), le revenu d'une activité lucrative qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré ne doit pas être pris en compte comme revenu du travail.

En l'espèce, il ressort du dossier que la capacité de travail de la recourante est nulle et que celle-ci se trouve dans un état d'épuisement chronique, travaillant au-dessus de ses forces pour des raisons financières. Ainsi, dans un rapport du 11 mai 2017, le Dr C_____ a indiqué que l'exercice d'une activité adaptée à 30 % n'était plus exigible au-delà du 30 juin 2015 en raison d'une asthénie très importante sur vingt-quatre heures et d'insomnie jusqu'à trois heures le lendemain. Par ailleurs, dans son rapport du 19 septembre 2017, le Dr J_____ a posé les diagnostics de troubles somatiques, trouble dépressif majeur récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques d'évolution chronique (F 33.2) et anxiété généralisée (F 41.1), et a retenu que l'incapacité de travail de la recourante était totale et le pronostic réservé, compte tenu notamment de la multiplicité des problèmes de la recourante, de son âge et de son épuisement chronique depuis des années. Se fondant sur le rapport du Dr J_____, le Dr H_____, du SMR, a considéré le 31 janvier 2018 que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité depuis le mois de juin 2015. Dans un nouveau rapport du 29 juillet 2018, le médecin du SMR a estimé que la capacité de travail de la recourante était toujours nulle et que celle-ci travaillait au-dessus de ses forces. Les conclusions du Dr H_____ ne sont au demeurant pas contredites par l'intimé.

Les nombreuses absences de la recourante durant ces dernières années (elle a notamment été en incapacité de travail durant 40,5 jours entre février 2016 et septembre 2017) témoignent également de cet épuisement chronique.

Il sied de relever ici que le rapport LAA établi en octobre 2018 par le Dr O_____, à teneur duquel la recourante était en incapacité de travail à 50 % (de son 25 % habituel) depuis le 1^{er} mai 2018 a manifestement été rédigé pour le traitement du cas d'accident par l'assurance-accidents. On ne saurait dès lors en déduire une quelconque capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, le revenu de l'activité effectuée par la recourante auprès de F_____ ne saurait être retenu depuis juin 2015 pour déterminer son salaire d'invalidé, cette activité lucrative dépassant manifestement ses forces depuis cette date et ne pouvant être raisonnablement exigée de la recourante.

La capacité de travail de la recourante étant nulle dans toute activité à compter du mois de juin 2015, aucun salaire d'invalidé ne peut être retenu depuis cette date, de sorte que le degré d'invalidité de la recourante est de 100 %, ouvrant le droit à une rente entière.

Le Dr H_____ ayant fixé la date de début de l'incapacité de travail totale de la recourante au début du mois de juin 2015, et cette date n'étant contestée par aucune des parties, il convient de retenir que c'est bien à partir de cette date que son degré d'invalidité est de 100 %. Ce changement accroît donc son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable, soit à compter du 1^{er} septembre 2015.

Par conséquent, le recours sera partiellement admis, et la décision querellée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2015. En revanche, le salaire effectivement réalisé par la recourante auprès de F_____ doit être pris en compte dans le calcul de son degré d'invalidité jusqu'au mois de mai 2015, dès lors qu'il ne peut être considéré comme un salaire social et que la recourante n'a travaillé au-dessus de ses forces qu'à partir du mois de juin 2015. Le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé doit donc être confirmé pour cette période : la recourante a droit à un trois-quarts de rente du 9 juillet 2014 à fin août 2015.

La recourante ayant perçu une rente entière jusqu'au mois de juillet 2015, la demande de remboursement de l'intimé, portant sur le trop-perçu durant la période du 9 juillet 2014 à la fin du mois de juillet 2015, est dès lors justifiée.

13. Reste à trancher la problématique du plafonnement de la rente de la recourante. Dans ses écritures, l'intimé a retenu que cette question n'était pas pertinente, la rente de la recourante n'étant plus plafonnée depuis qu'elle reçoit un trois-quarts de rente (soit dès le 1^{er} juillet 2014). Or, dans la mesure où la recourante a droit à une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2015 cette question doit être examinée.

a. À teneur de l'art. 37 al. 1bis LAI, si les deux conjoints ont droit à une rente, l'art. 35 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (RS 831.10 - LAVS) est applicable par analogie. Selon l'art. 35 al. 1 LAVS, la somme des deux rentes pour un couple s'élève au plus à 150 % du montant maximum de la rente de vieillesse si les deux conjoints ont droit à une rente de vieillesse ou si un conjoint a droit à une rente de vieillesse et l'autre à une rente de l'assurance-invalidité. L'alinéa 2 de cette disposition précise qu'aucune réduction des rentes n'est prévue au détriment des époux qui ne vivent plus en ménage commun suite à une décision judiciaire.

b. Selon le chiffre 5517 des directives de l'office fédéral des assurances sociales concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale, valables dès le 1^{er} janvier 2003, dans leur état au 1^{er} janvier 2020, lorsque les conjoints vivent séparés judiciairement, les rentes sont versées sans plafonnement dès le mois qui suit celui de la séparation. Est déterminante la date de la séparation fixée par le juge.

Dans un arrêt du 1^{er} novembre 2016, la chambre de céans a retenu que le déplafonnement des rentes de conjoints séparés devait prendre effet non pas à la date de la séparation de fait, mais le premier jour du mois suivant l'entrée en force de la décision de séparation du juge civil (ATAS/889/2016 consid. 6).

c. En l'espèce, la recourante a indiqué vivre séparée de son époux depuis le 1^{er} novembre 2016. Le jugement du juge civil l'autorisant à vivre séparée de son époux, datant du 2 mars 2017, ne fixe pas la date de séparation. Conformément à la jurisprudence susmentionnée, le déplafonnement de la rente de la recourante doit

prendre effet le 1^{er} mai 2017 (soit le premier jour du mois suivant l'entrée en force du jugement du 2 mars 2017).

Par conséquent, le dossier sera renvoyé à l'intimé pour qu'il procède au calcul de la rente d'invalidité due à la recourante, celle-ci devant être plafonnée du 1^{er} septembre 2015 au 30 avril 2017 et déplafonnée ensuite.

14. Ce qui précède conduit à l'admission partielle du recours.
15. La recourante obtenant dans une large mesure gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée 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]).
16. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), 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. Réforme la décision du 7 février 2019 dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2015, plafonnée du 1^{er} septembre 2015 au 30 avril 2017.
4. Renvoie le dossier à l'intimé pour qu'il procède au calcul du montant de la rente due à la recourante, dans le sens des considérants, sous déduction du montant devant être remboursé par la recourante à titre de trop-perçu de rente entre le 9 juillet 2014 et la fin du mois de juillet 2015.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens
6. Met un émolument de CHF 200.- 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