

GE_GERICHTE A/1474/2024 vom 12. Februar 2025

GE Cour de justice, 2025-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1474_2024

FR: GE_GERICHTE A/1474/2024 du 12 février 2025

IT: GE_GERICHTE A/1474/2024 del 12 febbraio 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

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. La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

E. 1.3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). En l'occurrence, la décision litigieuse a été notifiée au recourant au plus tôt le 28 mars 2024. Compte tenu de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques – soit du 24 mars au 7 avril 2024 –, le délai de recours a été suspendu jusqu'au 7 avril 2024 (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et a commencé à courir le 8 avril 2024. Posté le 2 mai 2024, le recours a été interjeté en temps utile. Comme celui-ci respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf . art. 89B LPA), il est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si à la suite de sa demande de révision du 9 décembre 2022, l'assurée peut prétendre à une rente d'invalidité entière.

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au

31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88 a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

E. 3.2

En l'espèce, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu, selon l'art. 88 a RAI, à compter de cette date, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4

Pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant le 1^{er} janvier 2022 et qui avaient au moins 55 ans à cette date, l'ancien droit reste applicable (cf . let. c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020 (ci-après : dispositions transitoires de la LAI). En revanche, pour les assurés au bénéfice d'une rente avant le 1^{er} janvier 2022 et qui avaient moins de 55 ans à cette date, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue conformément à la let. b des dispositions transitoires de la LAI. Pour ces assurés, l'ancien système de rente est maintenu jusqu'au moment où, lors d'une révision, le taux d'invalidité subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (cf . art. 17 al. 1 LPGA) et que cette modification comporte soit une augmentation du taux d'invalidité qui a pour effet une augmentation de la quotité de la rente, soit une diminution du taux d'invalidité qui a pour effet une diminution de la quotité de la rente (cf . let. b al. 1 et 2 dispositions transitoires de la LAI). Dans ce cas, la fraction de la rente est adaptée aux nouvelles dispositions et transférée dans le nouveau système de rentes linéaire. En revanche, si la modification du taux d'invalidité n'atteint pas 5 points de pourcentage, il n'y a pas de révision ; le taux d'invalidité reste inchangé et l'assuré conserve son droit à la rente en l'état, à savoir soumis aux dispositions de l'ancien droit. Tel est également le cas si la modification du taux d'invalidité est supérieure ou égale à cinq points de pourcentage et que l'application du nouveau système conduit soit à une diminution de la quotité de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité, soit à une augmentation de la quotité de la rente en cas de diminution du taux d'invalidité (OFAS, circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire valable dès le 1^{er} janvier 2022 [circ. DT DC AI], ch. 2004 à 2008). En l'occurrence, l'assurée, qui s'est vu octroyer un trois quarts de rente avec effet au 1^{er} mai 2014, était âgée de 54 ans et 9 mois au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'une modification du taux d'invalidité de l'assurée, atteignant au moins cinq points de pourcentage, entraîne en principe l'application du nouveau système de rentes linéaire.

E. 5.1

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il peut arriver qu'une modification des fondements juridiques déterminants intervienne après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; 127 V 10 consid. 4b).

E. 5.2

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100%.

E. 5.2.1

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88 a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références). Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

E. 5.2.2

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation

des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

E. 6.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 6.2

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6.3

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 6.3.1

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418

consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49 , aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 6.3.2

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

E. 6.3.3

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des

souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 6.3.4

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 143 V 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

E. 7.1

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. 28 a 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 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 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'assuré, 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 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

E. 7.2

Selon l'art. 27 bis al. 1 RAI, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition des taux suivants: a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels. Selon l'art. 27 bis al. 2 RAI, le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé : a. en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% ; b. en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante ; c. en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Selon l'art. 27 bis al. 3 RAI, le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé : a. en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité ; b. en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2, let. c, et une activité lucrative exercée à plein temps.

E. 7.3

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).

E. 7.3.1

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

E. 7.3.2

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de

l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport, sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et 129 V 67 consid. 2.3.2 publié in VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

E. 7.3.3

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.1 et la référence).

E. 7.3.4

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf . ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 140 V 267 consid. 5.2.1 ; 133 V 504 consid. 4.2), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

E. 8.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les

avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 9

Pour apprécier, en l'espèce, le bien-fondé d'une éventuelle révision de la rente opérée en application de l'art. 17 LPGA, plus précisément la réduction du trois quarts de rente à une rente de 30% à partir du 1^{er} mai 2024, il convient de comparer la situation au moment de la décision du 19 octobre 2015 avec celle prévalant au moment de la décision du 27 mars 2024.

E. 9.1

La première de ces décisions se fondait sur le rapport d'expertise neurologique rendu le 5 mai 2015 par le Dr C_____, selon lequel l'assurée présentait de multiples lésions cérébrales ischémiques entraînant les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité très sévère, difficultés attentionnelles et diminution de la force musculaire de la jambe droite. Selon l'expert C_____, ces nombreuses lésions ischémiques justifiaient sa fatigue, ses difficultés d'attention et de discrets signes déficitaires apparents à l'examen clinique (asymétrie de la force des membres inférieurs en défaveur de la droite, discrets troubles sensitifs au membre supérieur droit notamment). En effet, même s'il existait une discordance entre la multiplicité des lésions ischémiques et la discrétion de la symptomatologie clinique, cela ne devait pas pour autant faire penser que l'assurée était alors peu symptomatique : des processus cérébraux compensatoires lui permettaient d'éviter la fixation d'un tableau neurologique déficitaire mais ceux-ci expliquaient la fatigue très importante dont elle se plaignait et qui interférait avec toutes ses activités, même ménagères. En l'absence d'une affection sous-jacente avérée, soit par exemple une vasculite ou une maladie thromboembolique, la situation de l'assurée était rare et malgré une bonne compensation des risques cérébro-vasculaires, on pouvait imaginer qu'elle présenterait d'autres lésions ischémiques à l'avenir. Pour toutes ces raisons, l'expert C_____ pensait que l'assurée était incapable d'assurer une activité professionnelle quelle qu'elle soit depuis novembre 2012, à l'exception de son activité actuelle de consultante auprès de B_____ à raison de dix heures par mois, cette activité étant adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. La décision du 27 mars 2024 litigieuse se fonde quant à celle sur le rapport d'expertise bidisciplinaire rendu le 2 novembre 2023 par les Drs K_____ et J_____ , du

I_____. Sur le plan neurologique, Le Dr J_____ a indiqué que l'examen clinique était apparemment bien meilleur que celui effectué par l'expert C_____ en 2015, avec tout au plus une très discrète atteinte cérébelleuse et sensitive au niveau du membre inférieur droit, s'accompagnant d'un discret trouble sensitif superficiel dans le territoire collatéral radial de l'index gauche. À cela s'ajoutait le bilan neuropsychologique du 24 mai 2023 de H_____, qui ne mettait en évidence qu'un trouble cognitif léger sous forme d'une atteinte du stockage mnésique tant en modalité verbale et non verbale, associée à une fatigabilité de l'attention divisée, ceci avec une petite composante thymique possible – examinée par le Dr K_____. Si l'appréciation portée par l'expert C_____ en 2015 tenait particulièrement compte de potentielles lésions vasculaires diffuses, susceptibles de handicaper l'assurée dans son évolution personnelle et professionnelle ultérieure, l'évolution observée depuis 2014, de même que le résultat de l'examen neuropsychologique du 24 mai 2023 faisaient penser que l'évolution avait été en fait beaucoup plus favorable qu'envisagée par le Dr C_____. En effet, actuellement, l'atteinte devait être considérée comme discrète/modérée sur le plan neurologique et neuropsychologique, ce qui était en fait le facteur essentiel d'appréciation dans une telle situation. Sur le plan psychiatrique, le Dr K_____ a relevé que l'assurée n'avait aucun antécédent psychiatrique. Elle se plaignait certes d'une symptomatologie dépressive depuis une année et demie à deux ans, liée au divorce conflictuel et à l'incertitude financière, se manifestant par de l'anhédonie, de l'inappétence, des troubles de l'endormissement, des réveils nocturnes, des difficultés de concentration et de mémoire, un certain pessimisme et, parfois, des idées suicidaires qui n'étaient pas envahissantes, il n'en demeurait pas moins qu'elle était active et non repliée socialement, ne faisait l'objet d'aucun suivi de la part d'un professionnel de la santé mentale et ne se faisait prescrire de psychotrope par aucun médecin. Selon le Dr K_____, l'examen clinique ne montrait pas de signe dépressif sévère tel qu'un ralentissement psychomoteur ou des troubles cognitifs patents et la symptomatologie dépressive était réactionnelle au divorce conflictuel. Aussi retenait-il un trouble de l'adaptation (6B43). L'assurée se plaignait également d'une anxiété qui existait depuis toujours – qui pouvait perturber son endormissement, sa concentration et qui était source de stress. Selon l'expert, on pouvait retenir un diagnostic d'anxiété généralisée (6B00) qui était peu sévère. Dans la mesure où ces deux diagnostics psychiatriques n'occasionnaient pas de limitations fonctionnelles et n'étaient donc pas incapacitants, les experts ont considéré de manière consensuelle que seule une partie des diagnostics posés par l'expert neurologue (status après AVC hémisphérique gauche modéré le 10 novembre 2012 ; status après nouvel AVC ischémique hémisphérique gauche en septembre 2013 ; lésions ischémiques multiples bi-hémisphériques à l'IRM cérébrale ; discrète atteinte sensitivomotrice hémicorporelle droite séquellaire ; troubles neuropsychologiques légers selon les critères de l'ASNT) avaient une répercussion sur la capacité de travail. Les troubles actuels, bien que modérés, ne lui permettaient plus d'exercer les activités d'employée de commerce, mandataire et trésorière qu'elle avait exercées antérieurement mais étaient compatibles avec l'exercice à plein temps (100% avec une diminution de rendement de 30%) de l'activité de femme au foyer et toute activité adaptée, soit une activité sédentaire, sans apprentissage important, relativement simple et répétitive, n'impliquant ni engagement physique lourd, ni port régulier de charge de plus de 5-10 kg, ni déplacements importants à pied. Les troubles actuels, bien que modérés, contre-indiquaient en revanche la reprise des activités que l'assurée avait exercées antérieurement (employée de commerce puis mandataire). Il en allait de même de la reprise de l'activité de trésorière au sein de B_____ qui nécessitait de

la concentration et un engagement intellectuel important. En revanche, l'activité de femme au foyer pouvait être exercée au minimum à un taux de 70% (diminution de 30% en relation avec les tâches lourdes du ménage). En outre, toute activité simple respectant les limitations fonctionnelles précitées était exigible à un taux de 70% au maximum (plein temps avec une diminution de rendement de 30% liée à l'atteinte neurologique et neuropsychologique modérée). Concernant la date de cette amélioration, les experts ont précisé qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail du point de vue psychique et que d'un point de vue neurologique et neuropsychologique, la situation s'était très significativement améliorée depuis l'expertise du Dr C _____ et « un peu théoriquement » à partir du bilan neuropsychologique du 24 mai 2023 de H _____ qui avait montré une amélioration nette des atteintes neuropsychologiques avec un trouble cognitif léger uniquement.

E. 9.2

Il résulte de ce qui précède que par rapport à l'état de fait sur lequel se fondait la décision du 19 octobre 2015, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré au point de rendre exigible, depuis le 24 mai 2023, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 30%. D'un point de vue psychiatrique, la chambre de céans constate que même si l'expert K _____ ne s'en tient pas strictement aux standards usuels d'une expertise psychiatrique réalisée selon la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418) et que ses explications requièrent de la part du lecteur qu'il recherche lui-même dans l'expertise les différents indicateurs et en fasse la synthèse, il ne résulte pas moins de l'inventaire de tous les points pertinents, en particulier des informations qu'il y a lieu de classer sous l'indicateur « atteinte à la santé », que le trouble d'adaptation (en lien avec la procédure de divorce) et le trouble d'anxiété généralisée, peu sévère, ne présentent pas un degré de gravité fonctionnel qui les rendrait invalidants. Par ailleurs, les informations à classer sous l'indicateur « personnalité » révèlent des ressources personnelles conservées. Tenant compte des plaintes de l'assurée, comportant une anamnèse détaillée, des diagnostics motivés et des conclusions claires et cohérentes dans le sens précisé, le rapport d'expertise neuropsychiatrique du 2 novembre 2023 peut se voir reconnaître valeur probante.

E. 9.3

D'avis contraire, l'assurée estime que son état de santé ne s'est pas amélioré, voire qu'il serait en aggravation depuis 2015. Pour appuyer cette assertion, elle se fonde sur le rapport du 20 mai 2024 du Dr D _____ et des radiographies du thorax, effectuées le 7 juillet 2023 par la Dre L _____.

E. 9.3.1

Concernant tout d'abord le Dr D _____, ce neurologue traitant indique en substance dans son rapport du 20 mai 2024 précité que les conclusions du bilan neuropsychologique du 24 mai 2023 de H _____ – sur lequel se fondait l'expert J _____ – le laissent un peu perplexe. En effet, dans le contexte de ses lésions ischémiques, l'assurée présente une fatigabilité fluctuante qui s'aggrave rapidement en cours de journée. Ce fait n'ayant probablement pas pu être objectivé dans le cadre du bilan du 24 mai 2023, il n'en a été tenu compte ni par H _____ ni par l'expert J _____. Le Dr D _____ ajoute qu'il lui apparaît « fort improbable que les troubles neuropsychologiques installés deux ans après un AVC aient pu miraculeusement disparaître, en sachant que les mécanismes de compensation cérébrale se font ans les premiers mois après l'événement, au maximum au bout de 18 à 24

mois ». Ainsi, les conclusions de l'expertise du Dr C_____ seraient toujours d'actualité et l'assurée « totalement incapable d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit ». La chambre de céans relève cependant que dans un rapport antérieur, daté du 25 janvier 2023, le Dr D_____ indiquait qu'il notait une amélioration de l'état de santé de l'assurée grâce à la rééducation et au traitement médicamenteux. En outre son appréciation de la capacité de travail était même sensiblement plus favorable que celle de l'expert J_____. En effet, même s'il rejoignait ce dernier en retenant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, le Dr D_____ était cependant d'avis que l'assurée pouvait exercer une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, soit « un travail de bureau avec un rendement fortement diminué (environ 20%) » (cf . dossier AI, doc. 70, p. 215). Dans ses rapports ultérieurs – dont celui du 24 mai 2023 –, le Dr D_____ ne fournit toutefois aucune explication sur cette apparente contradiction au sujet de la fatigabilité invoquée et le fait que cette dernière ne faisait apparemment pas obstacle à un travail de bureau avec un rendement diminué de 20% dans le rapport du 25 janvier 2023. En second lieu, la chambre de céans constate que dans leur évaluation consensuelle, les experts du I_____ ont indiqué qu'ils se trouvaient « en face d'une patiente [...] ne donnant l'impression d'être ni fatiguée ni fatigable, gardant le focus pendant toute l'anamnèse [...] » (cf . dossier AI, doc. 94, p. 314). De son côté, H_____ a retenu à l'issue de son examen neuropsychologique – s'étant déroulé sur deux jours (23 et 24 mai 2024) – qu'il n'y avait « pas de signe de fatigabilité manifeste » (cf . dossier AI, doc. 85, p. 268). Dans ces conditions, les appréciations contradictoires du Dr D_____ ne révèlent aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré par les experts et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause leurs conclusions.

E. 9.3.2

Concernant ensuite les radiographies du thorax, effectuées le 27 juillet 2023, la Dre L_____ précise que celles-ci étaient indiquées par un état grippal et révélaient un examen normal des données pertinentes (index cardio-thoracique dans la norme, pas d'infiltrat ni d'opacités dans les poumons, pas d'épanchement pleural, etc. ; cf . l'avis du SMR du 26 juin 2024). Pour sa part, l'assurée invoque pour la première fois des douleurs dorsales dans son complément au recours du 26 mai « 2023 » (recte : 2024). Se fondant sur les informations des mêmes radiographies sur le squelette, l'assurée attribue ces douleurs à la spondylose dorsale attestée par le Dre L_____. Elle précise qu'elle souffre du dos dès le réveil, notamment lorsqu'elle reste trop longtemps debout ou assise, que le simple fait de passer l'aspirateur lui est très difficile et qu'il y a même des nuits où la douleur est tellement forte que cela la réveille. La chambre de céans estime qu'en l'absence de rapport médical établissant une corrélation entre la spondylose précitée d'une part, les limitations fonctionnelles et les douleurs dorsales alléguées d'autre part, les plaintes de l'assurée – qui sont au demeurant postérieures à l'état de fait existant au moment de la décision litigieuse – ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation de la capacité de travail effectuée par les experts.

E. 10

Il reste à examiner le statut de l'intéressée (consid. 10) et, cela fait, son degré d'invalidité (consid. 11).

E. 10.1

La chambre de céans rappelle à titre liminaire que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité doit être examiné tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA ; cf . ci-dessus : consid. 7.1). Il convient néanmoins de préciser qu'on ne s'écartera de la méthode de calcul initialement appliquée qu'en présence d'une nécessité impérieuse (arrêt du Tribunal fédéral I 419/05 du 2 juin 2006 consid. 3.1 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, p. 404, n. 14), ce qui suppose qu'une modification importante soit intervenue et que celle-ci ressorte de la comparaison des faits tels qu'ils existaient au moment de la décision initiale de rente avec ceux qui prévalaient au moment de la décision litigieuse, prise à l'issue de la procédure de révision (ATF 125 V 369 consid. 2 ; arrêt du tribunal fédéral I 275/00 du 12 juin 2002 consid. 1c et 2). On ajoutera que pour une femme divorcée et invalide, on peut appliquer par analogie le droit du divorce selon lequel on peut attendre de ce qui est en bonne santé jusqu'à l'âge de 45 ans quelle se réintègre à plein temps dans la vie professionnelle lorsque son plus jeune enfant a atteint l'âge de 16 ans. Il ne s'agit cependant pas d'une règle absolue. L'élément déterminant n'est pas de répondre à la question de savoir dans quelle mesure elle devrait travailler du point de vue du droit du divorce, mais uniquement celui de déterminer hypothétiquement si elle travaillerait compte tenu des circonstances (cf . les arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 629/05 du 16 mars 2006 consid. 4.2.2 et I 385/06 du 26 septembre 2006 consid. 6.2.2, cités in VALTERIO, op. cit ., p. 403). À cet égard, les déclarations faites au cours de la procédure d'instruction doivent de toute façon être pondérées plus fortement que les déclarations ultérieures contraires, qui peuvent être influencées par des réflexions inspirées par le droit des assurances sociales (cf . arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 385/06 du 26 septembre 2006 consid. 6.2.2 et les arrêts cités ; cf . également ATF 121 V 47 consid. 2a et les références).

E. 10.2

Ceci étant précisé, la chambre de céans constate que les explications que l'assurée a données – pour la première fois au stade du recours – sur le statut d'active qui aurait été le sien dès décembre 2022 ne convainquent pas pour les raisons qui suivent. La titularité d'un CFC d'employée de commerce et l'exercice à plein temps d'une activité professionnelle pendant une dizaine d'années jusqu'à la naissance de son premier fils en 1998 parlent en effet en faveur d'une activité professionnelle laissée totalement puis partiellement de côté (5% dès 2009) en raison de l'éducation des enfants. Cette corrélation entre le taux d'activité et le besoin de soutien éducatif des enfants se retrouve également dans la reconnaissance par l'OAI d'un statut mixte avec une part professionnelle de 70% dans la décision du 19 octobre 2015, étant relevé que l'assurée expliquait dans un courrier du 2 septembre 2014 à l'OAI qu'elle désirait « reprendre une activité lucrative du fait que [ses] enfants [alors âgés de 16 et 12 ans avaient] grandi » (cf . dossier AI, doc. 28, p. 84). On constate cependant que lorsque le fils cadet était à son tour âgé de 16 ans, soit en 2019, l'assurée, alors âgée de 52 ans, n'aurait apparemment pas repris d'activité à plein temps : « Je ne pense pas que j'aurais commencé à travailler à 100% après ma séparation en 2018 si [j'avais été] en bonne santé » (cf . procès-verbal d'audience du 9 octobre 2014 p. 2). Concernant ensuite les rapports de l'assurée avec ses deux fils, le rapport d'enquête économique sur le ménage du 13 janvier 2020 pondérait à 5% le champ d'activité « soins et assistance aux enfants et aux proches » et comportait les précisions suivantes : « Le fils aîné a quitté le domicile familial. Madame est présente pour son fils âgé de 17 ans qui est en apprentissage. Il est autonome pour les déplacements. Elle s'occupe toujours des tâches éducatives et d'assistance

nécessaires pour un jeune de cet âge » (cf . dossier AI, doc. 62, p. 188). Dans la mesure où il ne ressort ni de cette pondération (5%) ni du type d'assistance évoqué que les enfants de l'assurée, en particulier le fils cadet, auraient présenté des besoins d'encadrement accrus qui auraient fait obstacle à une hypothétique reprise d'une activité à plein temps, il s'ensuit que la question du taux d'activité sans atteinte à la santé n'apparaît plus corrélée, dès les 16 ans du fils cadet, aux besoins de soutien éducatif mais, cas échéant, à d'autres facteurs comme la péjoration de la situation économique de l'intéressée dans les suites de sa séparation d'avec son mari. À cet égard, l'assurée a déclaré le 9 octobre 2024 : « J'ai eu droit à une pension alimentaire sur décision de justice de 2018, mon mari a payé quelques mois CHF 1'500.-, puis il y a eu une nouvelle décision en 2019 sauf erreur qui supprimait la pension alimentaire car mon mari ne travaille plus, il ne peut plus me la verser » (procès-verbal d'audience du 9 octobre 2024, p. 1). L'assurée a par ailleurs précisé : « ma séparation a eu un impact sur ma situation financière mais cela allait » (cf . procès-verbal d'audience du 9 octobre 2024, p. 2). Il reste donc à déterminer l'éventuelle incidence – sur le statut – de l'événement ayant motivé la demande de révision formée le 9 décembre 2022 par l'intéressée, à savoir le fait de n'avoir pas été réélue à la vice-présidence de B_____ et, en conséquence, d'avoir cessé toute activité lucrative au 30 novembre 2022, ce qui dans l'esprit de l'assurée, justifiait l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2022 (cf . dossier AI, doc. 65, p. 97). Il sied de constater que même si la situation économique de l'assurée s'est encore dégradée dès décembre 2022, avec la perte du revenu mensuel de CHF 380.- réalisé jusqu'alors auprès de B_____, il n'en reste pas moins que lors de son audition du 9 octobre 2024 par la chambre de céans, l'assurée n'a pas invoqué sa situation financière – déjà précaire avant la perte de son emploi à 5% auprès de B_____ – à l'appui d'une activité à plein temps qu'elle aurait reprise en décembre 2022 sans atteinte à la santé, elle a en revanche déclaré que « jusque-là [i.e. : jusqu'en décembre 2022], je m'occupais toujours de mes enfants même s'ils étaient relativement âgés [24 et 19 ans] » (cf . procès-verbal d'audience du 9 octobre 2024, p. 2). Dans la mesure où l'âge des enfants ne faisait déjà plus obstacle, on l'a vu, à l'éventuelle reprise d'une activité lucrative à plein temps en 2019, on ne saurait considérer que les trois années supplémentaires qui se sont écoulées jusqu'en décembre 2022 – pendant lesquelles elle n'aurait de toute manière pas travaillé à plein temps malgré la suppression de la pension alimentaire – seraient constitutives d'une modification importante de la situation depuis la décision du 19 octobre 2015 qui retenait un statut mixte avec une part professionnelle de 70%. On rappellera enfin qu'à réception du projet de décision du 11 avril 2023, envisageant de ne pas augmenter la rente d'invalidité – et donc de maintenir le trois quarts de rente –, l'assurée n'a pas invoqué un changement de statut qui aurait eu lieu en décembre 2022. Elle s'est au contraire contentée d'exprimer son désaccord avec ce projet en soutenant que ses problèmes de santé l'empêchaient de travailler. Dans ces circonstances, les déclarations de l'assurée concernant un statut d'active à 100%, faites pour la première fois le 2 mai 2024, soit dans son recours contre la décision litigieuse, ne suffisent pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, le passage à un statut d'active en décembre 2022. En conséquence, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique en tant que l'OAI y maintient le statut mixte (avec une part professionnelle de 70%) qu'il avait déjà reconnu dans sa décision du 19 octobre 2015.

E. 11

Conformément aux principes exposés ci-dessus (consid. 7.2), il convient à présent de fixer le degré d'invalidité pour la part professionnelle (ci-après : consid. 11.1 à 11.4) et les

travaux habituels (consid. 11.5).

E. 11.1

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

E. 11.2

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 4.1 et les références ; cf. également 8C_537/2023 du 17 avril 2024 consid. 4.2.3 et 5.1 et les références). Selon l'art. 26 al. 4 RAI, Si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante. Si, exceptionnellement, le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé sur la base du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement touché parce que ce dernier ne peut pas être déterminé avec suffisamment de précision, il est possible d'utiliser des valeurs statistiques. C'est le cas, par exemple, si l'assuré est absent du marché du travail depuis plusieurs années, si l'emploi qu'il occupait a été supprimé pour des raisons d'ordre opérationnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_513/2014 du 17 décembre 2014) ou si le revenu réalisé durant les premières années d'une activité lucrative indépendante est peu représentatif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_148/2016 du 2 novembre 2016 ; cf. Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], ch. 3313).

E. 11.3

Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). 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). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

E. 11.3.1

Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est

donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré – sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession – ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2023 du 14 juin 2024 consid. 6.1, destiné à la publication). Pour les personnes assurées qui, après la survenance de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus effectuer que des travaux légers et non exigeants sur le plan intellectuel, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut moyen (ligne « total ») des hommes (ou des femmes) pour des activités simples et répétitives, c'est-à-dire sur le niveau de compétence 1, qui est le plus bas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et les références ; cité in Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung , 4 e éd. 2022, n° 101 ad art. 28 a LAI).

E. 11.3.2

Selon l'art. 26 bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1 er janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1 bis RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Dans un arrêt de principe (8C_823/2023 du 8 juillet 2024, destiné à la publication), le Tribunal fédéral a considéré que le régime de déduction sur les salaires statistiques des ESS, tel que prévu de manière exhaustive à l'art. 26 bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1 er janvier 2022 au 31 décembre 2023), n'est pas compatible avec le droit fédéral. Le Tribunal fédéral a relevé notamment qu'il ressortait des travaux préparatoires relatifs à la révision de la LAI (Développement continu de l'AI), que la jurisprudence actuelle en matière d'abattement devait être, pour l'essentiel, reprise et que la méthode d'évaluation du taux d'invalidité devait, en principe, rester inchangée (cf . consid. 9.4.2). Or, en limitant la déduction à 10% dans le cas où les capacités fonctionnelles de la personne assurée ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins (cf . art. 26 bis al. 3 RAI), le Conseil fédéral avait choisi une autre voie (consid. 9.4.3). Par conséquent, si en raison des circonstances du cas d'espèce, le salaire statistique des ESS doit être adapté au-delà de ce que prévoit l'art. 26 bis al. 3 RAI, il y a lieu recourir, en complément, à la jurisprudence appliquée jusqu'à présent par le Tribunal fédéral (consid. 10.6). Le 1 er janvier 2024, la modification de l'art. 26 bis al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur. Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26 bis al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1 bis , de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. Selon l'al. 2 des dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023, lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de cette modification parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26 bis al. 3, pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement. Selon l'al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de cette modification qui correspondent à un taux d'invalidité

inférieur à 70% et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20%, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification.

E. 11.4

Il ressort en l'espèce de la note du 11 janvier 2024 que l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée au moment de la révision de sa rente en 2024 en se fondant sur des données statistiques pour les revenus avec et sans invalidité. Sachant qu'avant son atteinte à la santé en 2012, l'assurée, titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a travaillé à plein temps pour une caisse maladie entre 1990 et 1998 (d'abord en tant que gestionnaire puis de mandataire/cheffe de service) puis, après dix ans d'absence du marché du travail, dès 2009, en qualité de trésorière de B_____ à 5%, le choix de l'OAI de déterminer le revenu sans invalidité au moyen de l'ESS 2020, plus particulièrement sur la base du tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé), ligne 64-66 (activité financière et d'assurances) n'est pas contesté et n'apparaît pas contestable. Il en va de même du choix du niveau de compétence 2. Pour le reste, en l'absence de statistiques disponibles au moment de la décision litigieuse pour l'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité (2024), les indications figurant dans la note du 11 janvier 2024, concernant la durée normale du travail et l'indexation à l'ISS 2022, n'apparaissent pas critiquables, si bien que le revenu sans invalidité, fixé pour un plein temps à CHF 84'481.-, peut être confirmé. S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI l'a également déterminé en fonction de l'ESS 2020, soit à la lumière du tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé), en sélectionnant la ligne « total » pour une femme dans une activité correspondant au niveau de compétence 1 (CHF 4'276.-). En l'absence d'activité exercée par l'assurée, permettant de mettre pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle retenue par les experts du I_____ (100% avec une réduction de rendement de 30% dans une activité simple, répétitive, sans apprentissage important, sans engagement physique lourd, sédentaire, sans déplacements importants à pied), le recours aux données statistiques précitées apparaît correct. Il en va de même des indications concernant la durée normale du travail et l'indexation à l'ISS 2022. En outre, le calcul proposé dans la note du 11 janvier 2024 tient dûment compte de la diminution de rendement de 30% et d'un abattement forfaitaire de 10% (cf. art. 26 bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2024), de sorte que le revenu avec invalidité, fixé à CHF 34'160.- peut également être repris. Il s'ensuit que pour la part professionnelle, l'OAI a établi correctement la perte de gain subie à CHF 50'321.- (soit CHF 84'481.- sous déduction de CHF 34'160.-), respectivement 59.57% ($[84'481 - 34'160] \times 100 / 84'481 = 59.57$), ce qui rapporté à une part de 70%, correspond à 41.7%, arrondi à 42% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2).

E. 11.5

En ce qui concerne les travaux habituels, qui correspondent à une part de 30%, la décision litigieuse se borne à mentionner qu'elle ne retient « aucun empêchement », si bien que l'invalidité totale ne dépasse pas 42%. D'autres précisions ne ressortent pas de la note du 11 janvier 2024 précitée. La chambre de céans constate pour sa part que les experts du I_____ précisent dans leur rapport du 2 novembre 2023 que « l'activité de femme au foyer peut être exercée au minimum à un taux de 70% (diminution de 30% en relation avec les tâches

lourdes du ménage) » (dossier AI, doc. 94, p. 317), ce pour des raisons uniquement somatiques (dossier AI, doc. 94, p. 374-375). Par ailleurs, les experts ont précisé que l'assurée pouvait effectuer le ménage léger, mais qu'elle était « vraisemblablement handicapée pour effectuer les activités lourdes du ménage telles que faire les vitres, nettoyer les installations sanitaires, faire les "à-fonds", sortir la poubelle », qu'elle devait être aidée pour les achats plus importants ». Même si elle pouvait faire la lessive et entretenir les vêtements, elle éprouvait « certaines difficultés, notamment pour sortir les vêtements de la machine ». Enfin, les experts ont noté que « la patiente est actuellement séparée de son époux et que ses enfants sont adultes, le dernier de la fratrie l'aidant pour les activités lourdes du ménage, étant encore à domicile » (dossier AI, doc. 94, p. 320-321). La chambre de céans ne saurait toutefois considérer qu'au moment de la décision litigieuse, il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée ne rencontrerait plus aucun empêchement, ce pour plusieurs raisons, dont le départ du fils cadet de l'assurée de l'appartement de sa mère le 1^{er} novembre 2023, selon les informations ressortant du registre informatisé de l'office cantonal de la population et de migrations (OCPM).

E. 11.5.1

Concernant tout d'abord la situation avant le 1^{er} novembre 2023, il sied de constater que l'expert neurologue J_____, qui a pris ses conclusions en fonction de la composition du ménage avant cette date, reconnaît que l'assurée est « vraisemblablement handicapée pour effectuer les activités lourdes du ménage », raison pour laquelle il reconnaît une diminution de la capacité à accomplir les tâches ménagères de 30%. Ce raisonnement est toutefois incomplet en tant qu'il part apparemment du principe que les activités lourdes du ménage représenteraient un pourcentage de 30%. Cela revient en effet à faire fi de la pondération des champs d'activité qui peuvent eux-mêmes comprendre – ou non – des activités lourdes dans des proportions variables (cf . la dernière enquête économique sur le ménage, effectuée en janvier 2020 en fonction de la même composition du ménage, comprenant l'assurée et son fils). De plus, cet expert ne se prononce pas sur le point de savoir si pour les activités lourdes du ménage, une aide est exigible du fils cadet et si oui, dans quelles proportions. Dans un arrêt assez récent, le Tribunal fédéral a précisé que l'existence effective d'une divergence entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels ne peut être constatée de manière définitive que lorsque les deux évaluations ont été effectuées sous l'angle de critères identiques (« unter gleichen Vorzeichen »). Cela signifie que les appréciations médicales doivent se référer également aux différentes tâches domestiques et – pour les personnes ne vivant pas seules – tenir compte de l'aide nécessaire et raisonnablement exigible des membres de la famille à la lumière des circonstances concrètes. Lorsque tel est le cas, si les médecins parviennent à une conclusion divergente, ils doivent encore examiner le rapport d'enquête économique sur le ménage et expliquer pourquoi ils sont parvenus à une autre conclusion (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.2). Dans la mesure où, en l'espèce, l'expert J_____ n'indique pas non plus s'il se rallie aux conclusions de cette enquête ou s'il entend s'en écarter et si oui, sur quelle base, il n'est pas possible, en l'état, de déterminer si une modification du degré d'invalidité dans les travaux habituels a eu lieu entre la communication – non contestée – du 21 janvier 2020 (par laquelle l'OAI a fait siennes les conclusions du rapport d'enquête ménagère du 13 janvier 2020) et le 31 octobre 2023, dernier jour de la présence du fils cadet de l'assurée dans l'appartement de sa mère. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait pas se fonder sur le rapport d'expertise du I_____ pour

déterminer les empêchements de l'assurée dans la tenue du ménage. Partant, il ne pouvait pas non plus conclure, dans la décision litigieuse, à l'absence de tout empêchement de l'assurée à ce niveau – qui plus est sans donner la moindre explication à l'appui de ce résultat.

E. 11.5.2

Concernant ensuite la situation à partir du 1^{er} novembre 2023, il sied de rappeler tout d'abord que selon le Tribunal fédéral, le départ des enfants a des répercussions en premier lieu sur le domaine des tâches ménagères. Un tel changement dans la situation familiale entraîne en règle générale une nouvelle pondération des différentes activités que les travaux habituels comprennent. En outre, un ménage plus petit quant au nombre de personnes qui le composent signifie un allègement de la charge de travail de la personne responsable de la tenue du ménage, dans la mesure où il y a moins de courses, de cuisine et de nettoyage à faire et moins de travail à effectuer pour l'entretien du linge et des vêtements. En contrepartie, l'aide éventuelle des personnes qui ne vivent plus dans le même ménage disparaît. De telles modifications constituent un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA dans la mesure où elles peuvent avoir des répercussions sur l'ampleur de la restriction dans le domaine des tâches et – même si le taux d'invalidité professionnelle reste inchangé – également sur l'étendue du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_410/2015 du 13 novembre 2015 consid. 4.2.1).

E. 11.5.3

Compte tenu de ces principes jurisprudentiels et des changements qui sont intervenus le 1^{er} novembre 2023 dans la composition du ménage de l'assurée, il incombera à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction idoines lui permettant d'évaluer la part du degré d'invalidité de l'assurée relative aux travaux habituels, d'une part pour la période comprise entre la communication du 21 janvier 2020 et le 31 octobre 2023, et d'autre part pour la période à compter du 1^{er} novembre 2023, ce en examinant préalablement si la spondylose dorsale (cf . ci-dessus : consid. 9.3.2) entraîne des limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles retenues par les experts du I_____.

E. 12

Il résulte en synthèse de ce qui précède qu'entre la décision du 19 octobre 2015 et la décision litigieuse, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré au point de rendre exigible, depuis le 24 mai 2023, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts du I_____, ceci à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 30%, sous réserve de l'incidence supplémentaire éventuelle de la spondylose dorsale qu'il incombera à l'OAI d'investiguer. En revanche, le dossier ne permet pas, pour les raisons évoquées (consid. 11.5), de déterminer l'évolution du taux d'invalidité dans les travaux habituels entre la communication du 21 janvier 2020 – par laquelle l'OAI a fait siennes les conclusions du rapport d'enquête ménagère du 13 janvier 2020 – et la date de la décision litigieuse.

E. 13

Au vu des incertitudes qui entourent, en l'état de l'instruction, la capacité de gain de l'assurée et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, il apparaît prématuré que la chambre de céans examine le droit de l'assurée à d'éventuelles mesures de réadaptation (cf . art. 8 al. 1 let. a LAI a contrario).

E. 14

Le recours sera donc partiellement admis, la décision du 27 mars 2024 annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit à la rente de l'assurée.

E. 15.1

Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, l'assurée, non représentée et n'ayant pas fait valoir de frais engendrés par la procédure, n'a en principe pas droit à des dépens et ne remplit pas non plus les critères permettant qu'il soit dérogé à cette règle ; on ne saurait considérer, en l'espèce, que l'importance de la cause et sa complexité aient rendu nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts (ATF 127 V 205 consid. 5b ; cf. ég. ATF 125 II 518 et Jean MÉTRAL, in DUPONT/MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales n. 103 ad art. 61 LPGa).

E. 15.2

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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