

# GE\_GERICHTE A/2714/2015 vom 5. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2714\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2714_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/2714/2015 du 5 octobre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/2714/2015 del 5 ottobre 2015

## Erwägungen

### E. 2

% 4% 0 % 0% 0% 0% 0% 0% 5.2 Alimentation 10-50 %

Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions exigibilité 10% 25% 30% 50%

10% 0% 12,5% 3% 0% 5.3 Entretien du logement 5-20 %

épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité 30% 20% 14% 80 % 60% 30% 16 % 8.4%

4,2% 5.4 Emplettes et courses diverses 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité

20% 10% 10% 40 % 20% 0%

### E. 6

% 2% 0% 5.5 Lessive/entretien des vêtements 5-20% laver/suspendre/ramasser/repasser...,

exigibilité 6% 20% 12% 30% 6% 0% 10% 0,72% 0% 5.6 Soins aux enfants et aux autres

membres de la famille 0-30% Exigibilité 0% 20% 20% 50 % 0% 0%

### E. 10

% 0% 0% 5.7 Divers 0-50% soins infirmiers/entretien plantes et

jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation

complémentaire/... exigibilité 0% 3% 10% 50 % 0% 0% 1,5 % 0% 0% Total du champ

d'activité 100% 100% Total de l'exigibilité retenue 9,92% Total-empêchement pondéré sans

exigibilité 50% 14,12% Total – empêchement pondéré avec exigibilité 4,2% Le rapport

renvoie au gestionnaire la détermination du statut de l'assurée, et se termine par cette

observation, sous la rubrique « particularités »: « l'assurée part pour une année à Édimbourg

dès le 11/9/2014 avec ses trois filles. Elle a envoyé un courrier le 5/9/2014 (daté du 3.9)

pour nous informer de cette situation et de sa nouvelle adresse.» 18. Dans une note de

travail du 15 janvier 2015, le gestionnaire de l'OAI a déterminé le statut de l'assurée : après

avoir décrit en détail l'évolution de la situation familiale depuis 1996, avant le début de

l'atteinte à la santé, et le déroulement de l'activité professionnelle, respectivement des

périodes d'incapacité de travail, ou de chômage, de l'assurée jusqu'à fin 1999, époque de la

première demande de rente AI, il rappelle qu'en décembre 2000, la motivation de rente

indique un statut mixte à 80 % active et 20 % ménagère. L'invalidité est calculée à 90 %.

Une rente entière AI lui a été accordée dès le 1<sup>er</sup> décembre 1999. Sous une rubrique «

changement de situation familiale », cette note constate qu'en 2002 l'assurée est enceinte

d'un cinquième enfant qui naîtra le 12 décembre 2002. En 2003, l'assurée était mariée et

avait cinq enfants à charge âgés respectivement de 22 ans, 19 ans, 7 ans, 5 ans, et un bébé

de moins d'une année. Le statut n'a jamais été reconsidéré malgré plusieurs révisions, en

janvier 2005, en novembre 2007 et en janvier 2011. Dans le cadre de la révision en cours, la

question du statut a cette fois-ci été soulevée. Ainsi, en juin 2012, l'assurée avait encore

trois enfants à charge (les deux premières ont quitté le foyer parental, la première avant

2009 et la deuxième en 2011). Elle est toujours mariée. La famille habite au

Grand-Saconnex. La fille cadette est encore à l'école primaire. La quatrième fille de 14 ans est en 9 e Harmos au cycle d'orientation. La troisième fille, 16 ans, échoue à sa première année du collège (2011/2012). L'assurée est très occupée par ses enfants. De plus en décembre 2011, la fille cadette (10 ans et demi) fait une crise d'épilepsie type « grand mal ». Depuis elle est sous traitement médicamenteux, et nécessite une surveillance particulière et un suivi médical. Elle bénéficie de mesures médicales de l'AI pour ce problème de santé. Cet événement bouleverse la famille. L'année scolaire suivante (2012/2013) la fille de 16 ans est envoyée dans une école privée à Genève pour réussir ses études gymnasiales. Les deux autres enfants suivent le cursus scolaire public. Fin juin 2013, la famille déménage à Gollion. Les enfants seront scolarisés dans ce canton (2013/2014). Dès septembre 2014, l'assurée décide de partir seule avec ses trois enfants à Édimbourg pour l'année scolaire 2014/2015 afin de les faire progresser dans la langue anglaise. Les enfants suivent l'école publique en Écosse, avec leur maman sur place, et le mari reste en Suisse. Il est rappelé : « Dans un premier temps, lors de l'enquête ménagère, l'assurée nous dit que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 80 % ! Mais lorsque nous lui demandons de se mettre dans sa situation actuelle, à Gollion, avec trois enfants à charge dont la cadette de 11 ans et demi et qui a des problèmes de santé, elle admet que ses enfants nécessitent encore une présence certaine, surtout pour la cadette. Elle fait beaucoup de trajets en voiture pour les accompagner à leurs activités extrascolaires ou chez le médecin (surtout D\_\_\_\_\_). Un poste à 50 % serait probablement plus adéquat avec sa situation familiale ». Ce rapport conclut : « Il semblerait que l'assurée aurait dû diminuer son taux de travail dès janvier 2012, afin de pouvoir prendre soin de sa fille cadette, malade, et qu'un statut de 50 % active et 50 % ménager serait vraisemblablement plus adéquat que celui qui a été retenu tout au long de ces années. Le status 50/50 est d'autant plus vraisemblable, suite au déménagement intervenu en juin 2013, lequel implique des déplacements plus importants. Dès septembre 2014, l'assurée quitte la Suisse pour une année scolaire et nous pourrions retenir un statut de ménagère à 100 % ». 19. Le 21 avril 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de suppression de la rente d'invalidité : selon les éléments au dossier, sans atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité professionnelle à 50 % depuis janvier 2012 en raison de modifications importantes de sa situation familiale. Dès lors le statut d'assurée est dans son cas depuis janvier 2012 celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 50 % se consacrant à ses travaux habituels pour les 50 % restants. Depuis septembre 2014, un statut de ménagère à 100 % est retenu, en raison de son départ pour Édimbourg avec ses enfants pour suivre leur année scolaire là-bas. Dans la part correspondant à ses travaux habituels (50 % depuis janvier 2012 et 100 % depuis septembre 2014), le service des enquêtes économiques sur le ménage est d'avis qu'elle présente un empêchement dans la sphère ménagère de 9.92 %. Dans la part correspondant à son activité professionnelle (50 %), le SMR est d'avis que son état de santé ne s'est pas modifié et qu'il est identique à celui retenu le 14 novembre 2006, soit que l'assurée présente une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour la part professionnelle, le service de réadaptation lui avait octroyé, en 2007 un stage d'observation professionnelle à l'issue duquel il avait conclu à l'impossibilité de la réintégrer dans le monde économique ordinaire. Partant sa perte de gain est totale pour la part professionnelle. Il en résulte que pour la période d'amélioration de la capacité de gain de trois mois dès le 1 er avril 2012, elle présente un degré d'invalidité de 55 % lui ouvrant un droit à une demi- rente, et depuis septembre 2014, son degré d'invalidité de 9.92 % est insuffisant pour maintenir le droit à la rente, de sorte qu'elle sera supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suivra la

future décision.![endif]>![if> 20. Par courriers des 4 et 22 mai 2015, agissant par un avocat, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, concluant au maintien de sa rente entière d'invalidité. Le motif de réduction, puis de suppression de rente réside uniquement dans un changement d'appréciation de son statut par l'office. Ce changement d'appréciation apparaît totalement artificiel et contraire aux éléments du dossier, en particulier au cursus professionnel et aux explications de l'assurée. Elle est en effet entrée très jeune dans la vie professionnelle : après un CFC de commerce, elle avait immédiatement commencé à travailler à l'âge de 17 ans et n'avait cessé depuis lors, même après la naissance de ses enfants, jusqu'à l'apparition de ses problèmes de santé. Alors qu'elle était mère de deux, puis de quatre enfants, l'assurée avait continué d'exercer une activité professionnelle à un taux de 80 %. En 1996, alors que sa fille B\_\_\_\_\_ était âgée d'à peine six mois, elle exerçait toujours une activité professionnelle à 80 %. Il est dès lors contraire aux éléments du dossier, et manifestement incohérent de postuler que, depuis janvier 2012, respectivement septembre 2014, l'assurée se serait subitement transformée en ménagère à 50 %, puis à plein temps, alors même que trois de ses enfants sont à présent majeurs et les deux autres actuellement âgés de 17 et 12 ans. Lors de l'enquête ménagère de septembre 2014, elle avait spontanément indiqué qu'elle exercerait une activité à 80 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Ce même rapport montre que l'enquêtrice avait lourdement insisté pour essayer de convaincre l'assurée de reconsidérer cette déclaration, en argumentant auprès de cette dernière, ce procédé apparaissant clairement inadmissible.![endif]>![if> 21. Le 19 juin 2015, l'OAI a notifié à l'assurée une décision de suppression de rente, en tous points conforme au projet : les objections formulées en mai 2015 par rapport au projet de décision étaient connues et faisaient partie intégrante de l'appréciation de l'office. Le statut peut être revu lorsque des circonstances (hypothétiques) subissent des changements importants ayant des répercussions sur le choix de la méthode déterminée. L'office s'était basé sur les différents changements intervenus dans la situation familiale dès fin 2011 et non sur une appréciation différente d'une même situation. Ainsi, le droit aux mesures professionnelles n'est pas reconnu. La rente sera supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Un recours dirigé contre cette décision n'aura pas d'effet suspensif.![endif]>![if> 22. Par mémoire du 11 août 2015, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 19 juin 2015, à ce qu'il soit dit et constaté que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2015, une indemnité équitable devant lui être allouée à titre de dépens. Elle conclut préalablement à l'octroi de l'effet suspensif. Pour l'essentiel elle a repris les arguments développés précédemment. En considérant que dès janvier 2012, suite à l'épilepsie de sa fille cadette apparue en décembre 2011, sans atteinte à la santé la recourante aurait tout à coup réduit son temps de travail à 50 %, pour s'occuper de sa fille, et que dès septembre 2014, ayant décidé de partir pour Édimbourg avec ses trois filles, pour leur permettre d'accomplir une année scolaire 2014-2015, elle se retrouverait alors d'un coup sous statut de ménagère à 100 %, l'office a modifié le statut de l'assurée d'une manière artificielle. S'agissant en particulier des circonstances et des raisons du départ en Écosse pour une année, l'intimé s'est bien gardé de mentionner que ce départ était également dû au traumatisme résultant de la surveillance de l'année précédente, qui avait perturbé toute la famille et plongé la recourante dans une grave dépression. Il a perdu de vue que sans ces circonstances l'assurée n'aurait pas quitté son foyer avec ses filles pour trouver un environnement libre de persécution, en laissant son époux en Suisse. Ainsi ce départ pour

l'Écosse ne saurait justifier quoi que ce soit, puisqu'il n'aurait jamais eu lieu si la recourante avait été en bonne santé. Il en allait de même s'agissant de l'épilepsie de sa dernière fille : cette circonstance, si l'assurée avait été en bonne santé, ne l'aurait nullement empêchée de travailler. D'ailleurs, la situation financière de la famille, non prise en compte par l'intimé, aurait également rendu nécessaire une telle activité lucrative.![endif]>![if> 23. La chambre de céans a invité l'intimé à lui communiquer son dossier et lui faire part de ses observations quant à la demande de restitution de l'effet suspensif au 26 août 2015, et lui communiquer sa réponse sur le fond au 11 septembre 2015.![endif]>![if> 24. Le 25 août 2015 l'intimé a fait tenir son dossier à la chambre de céans. Il a conclu au refus du rétablissement de l'effet suspensif. ![endif]>![if> 25. Après avoir communiqué copie de cette détermination à la recourante, la chambre de céans a encore interpellé le mandataire de la recourante pour connaître la situation actuelle de l'intéressée, singulièrement de savoir si elle était revenue en Suisse à l'issue de l'année scolaire 2014-2015.![endif]>![if> 26. Par courrier du 7 septembre 2015, le conseil de la recourante a informé la chambre de céans de ce que sa cliente se trouve actuellement avec ses filles scolarisées en Écosse : le retour en Suisse est prévu au mois de juin 2016, après que ces dernières auront obtenu l'équivalent de la maturité dans le système scolaire anglo-saxon.![endif]>![if> 27. La chambre de céans a communiqué l'information à l'intimé.![endif]>![if> 28. L'OAI s'est déterminé sur le fond du recours dans le délai qui lui avait été imparti. Il conclut au rejet du recours. L'administration examine le droit à la rente de manière exhaustive des points de vue factuels et juridiques sans être liée par de précédentes appréciations. En l'espèce la révision du droit à la rente repose sur un changement dans la situation économique et personnelle de la recourante, qui a conduit l'office à modifier son statut. En l'occurrence on peut admettre un véritable changement dans la situation de l'assurée, d'une part en lien avec l'atteinte à la santé de sa fille, et d'autre part en raison de son déménagement en Écosse.![endif]>![if> 29. Sur quoi la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Reste toutefois à déterminer, au vu des faits retenus, si l'office intimé était compétent pour rendre la décision entreprise, et la chambre de céans compétente pour connaître du présent recours.![endif]>![if> a) Selon l'art. 55 al. 1 LAI L'office AI compétent est, en règle générale, celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. Le Conseil fédéral règle la compétence dans des cas spéciaux. A teneur de l'art 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) est compétent pour enregistrer et examiner les demandes: a. l'office AI dans le secteur d'activité duquel les assurés sont domiciliés; b. l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger, sous réserve des al. 2 et 2bis, si les assurés sont domiciliés à l'étranger (al. 1). L'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al.2).

Lorsque l'assuré domicilié à l'étranger a sa résidence habituelle (art. 13, al. 2, LPGA) en Suisse, l'office AI compétent pour enregistrer et examiner sa demande est celui dans le secteur d'activité duquel l'assuré a sa résidence habituelle. Si l'assuré abandonne sa résidence habituelle en Suisse pendant la procédure, la compétence passe à l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (al. 2bis). Si un assuré domicilié à l'étranger prend, en cours de procédure, sa résidence habituelle ou son domicile en Suisse, la compétence passe à l'office AI dans le secteur d'activité duquel l'assuré a sa résidence habituelle ou son domicile selon l'al. 1, let. a (al. 2ter). Si un assuré domicilié en Suisse prend en cours de procédure domicile à l'étranger, la compétence passe à l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (al. 2quater). L'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure, sous réserve des al. 2bis à 2quater (al. 3). b) A teneur de l'art. 69 al. 1 LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA: a. les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné; b. les décisions de l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif fédéral. Dans un arrêt récent concernant une cause genevoise, le Tribunal fédéral a constaté que le jugement du Tribunal cantonal avait retenu que le domicile de l'intimée n'avait pas été éclairci à satisfaction de droit. Or, cette circonstance est en réalité indispensable pour trancher le présent litige et ne pouvait pas être laissée indécise par les premiers juges. Le domicile de l'assuré est en effet déterminant pour désigner l'office AI compétent. Pour rappel, aux termes de l'art. 88 al. 1 RAI, la procédure en révision est menée par l'office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle du réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI. Selon cette dernière disposition, dans sa teneur en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 (et qui est applicable en l'espèce) est compétent pour enregistrer et examiner les demandes l'office AI dans le secteur d'activité duquel les assurés sont domiciliés ou l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger si les assurés sont domiciliés à l'étranger (al. 1). L'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure, sous réserve des al. 2bis à 2quater (al. 3). Si un assuré domicilié en Suisse prend en cours de procédure domicile à l'étranger, la compétence passe à l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (al. 2quater). En ces circonstances, au cas où l'intéressée aurait pris domicile à l'étranger avant la procédure de révision de la rente, c'est l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) qui aurait été compétent pour mener celle-ci et non l'office AI cantonal (art. 40 al. 2quater). La décision rendue par un office qui n'est pas compétent du point de vue territorial n'est pas nulle mais peut être annulée (arrêt 9C\_891/2010 du 31 décembre 2010 consid. 2.2 avec les renvois). (ATF 9C\_877/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.1. et 5.2). c) Selon l'art. 13 LPGA le domicile d'une personne est déterminé selon les art. 23 à 26 du code civil (al. 1); une personne est réputée avoir sa résidence habituelle au lieu où elle séjourne un certain temps même si la durée de ce séjour est d'emblée limitée (al. 2). Le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). La notion de domicile comporte donc deux éléments : l'un objectif, la résidence dans un lieu donné; l'autre subjectif, l'intention d'y demeurer. La jurisprudence actuelle (ATF 127 V 238 consid. 1, 125 V 77 consid. 2a, 120 III 7 consid. 2a) ne se fonde toutefois pas sur la volonté intime de l'intéressé, mais sur l'intention manifestée objectivement et reconnaissable pour les tiers. L'intention de s'établir peut se concrétiser sans égard au statut de la personne du point de vue de la police des étrangers, des autorités fiscales ou des assurances sociales (ATF 125 III 101 consid. 3, ATF 120 III 8 consid. 2b et les références). Toute personne

conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau (art. 24 al. 1 CC). Lorsqu'une personne séjourne en deux endroits différents et qu'elle a des relations avec ces deux endroits, il faut tenir compte de l'ensemble de ses conditions de vie, le centre de son existence se trouvant à l'endroit, lieu ou pays, où se focalise un maximum d'éléments concernant sa vie personnelle, sociale et professionnelle, de sorte que l'intensité des liens avec ce centre l'emporte sur les liens existant avec d'autres endroits ou pays (ATF 125 III 101 précité). Dans le cadre de la réforme du droit de la tutelle (art. 360 à 455 CC), le conseil fédéral a proposé la modification d'autres dispositions de l'ordre juridique, et notamment des art. 23 et suivants CC relatives au domicile. Il a ainsi proposé la modification de l'art. 23 al. 1 CC, en complétant la disposition existante par le comme suit : le séjour dans une institution de formation ou le placement dans un établissement d'éducation, un home, un hôpital ou une maison de détention ne constitue en soi pas le domicile. Il a justifié ainsi cette proposition, adoptée par le législateur et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013 : alors que l'art. 23, al. 1 CC (aCC) formule de manière positive que le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir, l'art. 26 CC (aCC) dispose de manière négative que le fait d'être placé notamment dans un établissement d'éducation ou un hospice ne constitue pas le domicile. La nouvelle disposition proposée règle le séjour à des fins spéciales, en apportant uniquement une modification formelle par rapport au droit en vigueur – à la bonne place du point de vue de la systématique. L'art. 26 CC peut ainsi être supprimé. La disposition précise, conformément à la pratique actuelle, que le séjour à des fins spéciales ne constitue en soi pas le domicile. Cette formulation met en évidence que la personne concernée peut toutefois, dans certains cas, résider dans cette localité avec l'intention de s'y établir au sens de l'art. 23, al. 1 CC, et donc y constituer son domicile. (Message concernant la révision du code civil suisse (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation) du 28 juin 2006, FF 2006 6635 p. 6727 sv.). Il ne faut donc pas voir une intention particulière du législateur dans le fait que la nouvelle disposition ne comporte plus la locution « séjour dans une "localité" en vue de... » -, mais seule la simplification rédactionnelle (le séjour "dans une institution de formation" ou le placement dans un établissement d'éducation...) adoptée par rapport à l'ancien art. 26 CC. Ainsi la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la nouvelle au 1<sup>er</sup> janvier 2013, est toujours actuelle. En l'espèce, au vu des principes qui viennent d'être rappelés, la procédure de révision d'office de la rente a été ouverte par l'intimé le 1<sup>er</sup> juin 2012, à une époque où la recourante et sa famille étaient domiciliées au Grand-Saconnex, dans le canton de Genève; en cours de procédure, soit à la date du 30 juin 2013, la recourante et sa famille ont transféré leur domicile dans le canton de Vaud, soit à Gollion. L'intimé était ainsi l'office compétent et le restait pour toute la procédure au sens de l'art. 40 al. 1 let. a RAI (malgré ce changement de canton), sous réserve de la constitution par l'assurée d'un domicile à l'étranger en cours de procédure (art. 40 al. 2 quater et 3 RAI). Il ressort du dossier que la recourante et ses trois filles cadettes ont annoncé leur départ de la commune de Gollion pour Edimbourg/Royaume-Uni, dès le 15 septembre 2014, les formules d'avis de départ ayant consigné sous la rubrique « type de résidence »: "principale". À ce sujet, il ressort de l'enquête ménagère que la recourante a décidé de se rendre à Édimbourg avec ses filles, pendant une année, l'année scolaire 2014-2015, pour un séjour linguistique. Cette décision a été prise en quelques semaines, la recourante ayant trouvé un appartement meublé à louer à hauteur de CHF 1'400.- par mois. Les enfants ont été inscrits à l'école publique en Écosse, la mère restant sur place pour s'occuper d'eux, et pour suivre elle-même des cours d'anglais. Elle a expliqué que cette décision résultait d'une

année de stress dû aux échecs scolaires de ses deux filles aînées au gymnase, de la thérapie que doit suivre sa fille cadette vu sa maladie (épilepsie), à quoi s'ajoutait encore le fait qu'en décembre 2013, suite à l'enquête diligentée par un détective privé, à la demande de l'intimé, elle avait été obligée de se faire soigner pour une dépression sévère, tant elle avait été choquée en apprenant qu'elle avait été suivie, surveillée, photographiée, voire prise en vidéo ; ce qui avait également durement éprouvé ses filles. Elle espérait de ce dépaysement un retour au calme dans la vie familiale et une expérience enrichissante pour les trois filles. Elle a en outre expliqué avoir suspendu les assurances-maladie de base, tout en conservant les complémentaires, dès lors qu'elle serait assurée par la sécurité sociale anglaise, sur place. Son mari restait domicilié en Suisse, et viendrait les voir de temps en temps. On doit dès lors admettre que ce séjour en Écosse ne constitue pas un changement de domicile en tant que tel, dès lors que le but de ce séjour était la scolarisation des enfants pendant une année scolaire - et pour la recourante de les y encadrer et pour apprendre l'anglais -, avant de revenir en Suisse pour poursuivre normalement leur existence, soit au lieu où la famille a conservé le centre de ses intérêts. Le fait que la recourante ait décidé de prolonger ce séjour jusqu'à la fin de l'année scolaire 2015-2016, pour permettre à ses filles de terminer leur scolarité gymnasiale et obtenir, avant de rentrer en Suisse, l'équivalent de la maturité dans le système anglo-saxon n'y change rien. En conséquence, l'OAI de Genève est resté l'office compétent au sens de l'art. 40 RAI pour toute la procédure de révision, de sorte que c'est également à juste titre que la décision entreprise désignait la chambre de céans comme autorité compétente sur recours. Ainsi, le recours a été déposé devant l'autorité compétente *ratione loci*.

3. Interjeté dans le délai et les formes prévus par la loi, le recours est donc recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA E 5 10). ;

4. En l'espèce, la décision entreprise porte sur la révision de la rente entière antérieure. Fondée sur un degré d'invalidité de 9.92 % dès septembre 2014 et un statut 100% ménage, la rente est supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 19 juin 2015 (1<sup>er</sup> août 2015), étant précisé qu'un recours dirigé contre cette décision n'aura pas d'effet suspensif. La recourante conteste cette décision en tant qu'elle est fondée sur le rapport d'enquête ménagère, ayant modifié le statut (mixte jusqu'ici, de 80 % de part active et 20 % de travaux habituels) de l'assurée, le faisant passer dans une première étape, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 à un statut mixte à raison de 50 % pour la part active et 50 % pour les travaux habituels, puis, dès septembre 2014, compte tenu du départ de l'assurée en Écosse avec ses enfants pour l'année scolaire, à un statut de ménagère à 100 %. Elle conclut tout d'abord à la restitution de l'effet suspensif, question qu'il y a lieu de traiter prioritairement.

5. a) Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. Est réservé l'art. 97 LAVS relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation. Aux termes de l'art. 97 LAVS, applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI (dispositions applicables en l'espèce, dans

leur nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003), la caisse de compensation peut, dans sa décision, prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire; au surplus, l'art. 55 al. 2 à 4 PA est applicable. D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) n'a rien changé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 46/04 du 24 février 2004), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références; ATFA du 19 septembre 2006, I 439/06). b) Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée, il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 p. 507 et les références; voir également arrêt I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184). Dans ce contexte, la jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente décidée par voie de révision devait également couvrir la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision, sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également arrêt 8C\_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33 p. 96). Dans un arrêt 9C\_207/2014 du 1<sup>er</sup> mai 2014, le Tribunal fédéral, au vu des principes susmentionnés a cassé une décision de la chambre de céans ayant ordonné la restitution de l'effet suspensif. Constatant que l'office recourant s'était fondé dans un premier temps sur le rapport d'expertise de la Clinique B\_\_\_\_\_ pour retenir que les prévisions sur l'issue du litige au fond étaient plutôt défavorables à l'intimé et avait proposé de ne pas rétablir l'effet suspensif, puis qu'il s'était ravisé, dans un deuxième temps, en expliquant que ce rapport n'était pas convaincant d'après le SMR, la juridiction cantonale a estimé que les chances de succès de l'assuré à ce stade de la procédure apparaissaient prima facie l'emporter sur l'intérêt de l'office à l'exécution immédiate de sa décision de réduire de moitié la rente de l'intimé. Le Tribunal fédéral a considéré qu'en l'absence d'une appréciation anticipée

sommaire de la situation, la juridiction cantonale ne pouvait conclure que, selon toute vraisemblance, l'intimé se retrouverait avec une rente entière de l'assurance-invalidité à l'issue de la procédure: comme le relevait l'office recourant à l'appui de son recours, le simple fait que le SMR ait suggéré de procéder à un complément d'instruction sur le plan psychiatrique ne permettait pas de tirer une conclusion définitive quant à l'issue du litige. En proposant de lui renvoyer la cause afin de procéder à un complément d'instruction, l'office avait reconnu que le dossier n'était pas en état d'être tranché, admettant au contraire que l'issue du litige demeurerait tout à fait incertaine. Dans ces conditions, l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire - même à titre provisoire - ses prestations continuait à l'emporter sur celui de l'intimé à percevoir une rente entière d'invalidité pendant la durée de la procédure. Le retrait de l'effet suspensif par l'office recourant était par conséquent pleinement justifié et sa restitution par la juridiction cantonale insoutenable. 6. En l'espèce, la chambre de céans estimant que la cause est en état d'être jugée sur le fond, la question de l'effet suspensif devient sans objet vu l'issue du litige, comme on le verra, de sorte qu'il n'y a pas lieu de trancher la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a, en l'occurrence, retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. 7. Sur le fond, l'objet du litige est la suppression de la rente entière d'invalidité de la recourante, singulièrement en tant que cette suppression repose sur un changement de statut de la recourante, l'intimé, se fondant sur le rapport d'enquête ménagère, ayant modifié ce statut (mixte jusqu'alors, à raison de 80 % de part active et 20 % de travaux habituels), le faisant passer dans un premier temps, soit dès le 1er janvier 2012 à un statut mixte de 50 % pour la part active et 50 % pour les travaux habituels, puis, dès septembre 2014, à un statut de ménagère à 100 % compte tenu du départ de l'assurée en Écosse avec ses enfants pour l'année scolaire. 8. 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 est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que 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 1er 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif

de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

9. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

10. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

12. 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).

12. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

13. Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGa) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGa) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). 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 y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) et 8 al. 3 LPGa], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de

la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).![[endif]]>![if> 14. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa).![[endif]]>![if> Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). 15. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 ).![[endif]]>![if> Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93 ) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le

rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), 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 pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a 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). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). 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). 16. Un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1 p. 337; arrêt 8C\_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans

qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (Moser-Szeless, op.cit., p. 153; voir aussi l'arrêt 8C\_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.5). ( 8C\_779/2012 arrêt du 25 juin 2013).!

17. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).!

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou 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. 18. a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références). !

Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), comprend notamment le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b). Il s'agit d'une concrétisation du droit à une procédure équitable, consacré par l'art. 29 al. 1 Cst., qui correspond à la garantie similaire que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH; RS 0.101) confère à l'égard des autorités judiciaires proprement dites. Le Tribunal fédéral a précisé que le droit d'être entendu doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références). b) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou

non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). c) En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2). d) Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2). 19. Lorsque le juge procède par substitution de motifs, il ne saurait se contenter - une fois constaté le caractère manifestement erroné de la décision initiale dans son ensemble - de confirmer purement et simplement en son résultat la décision de révision litigieuse. Par exemple, s'il apparaît que le versement d'une rente entière était à l'origine manifestement erroné, il doit encore examiner si la rente entière doit être supprimée ou remplacée par une demi-rente (ce raisonnement vaut pour d'autres échelonnements de rentes). Cela implique dès lors que le juge qui est appelé à statuer procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.3). 20. En l'espèce, la chambre de céans constate tout d'abord, quant aux circonstances qui ont présidé à l'ouverture de la procédure de révision au début juin 2012, que celle-ci a été initiée suite à une lettre de dénonciation. Selon ce courrier - qui n'a pas été versé au dossier de l'intimé - l'assurée exercerait plusieurs activités

lucratives notamment en tant que conseillère municipale, ainsi qu'au sein d'une société. La recourante n'a eu connaissance de l'existence de cette dénonciation, et de l'essentiel de son contenu, que bien plus tard, soit en cours d'audition par l'intimé, en novembre 2013. On relèvera à ce sujet que pour partie les activités dénoncées à l'OAI (conseillère municipale) étaient déjà connues de cette administration (en tout cas dès l'époque de la procédure de révision ayant eu lieu entre 2005 et 2007). L'assurée ne les a jamais contestées, les rappelant au contraire dans sa réponse du 7 juin 2012 au questionnaire que l'intimé lui avait adressé quelques jours auparavant. Quant aux activités que l'intéressée était supposée exercer dans le cadre d'une société, celle-ci n'a pas été démontrée. C'est à juste titre que l'intimé n'a pas tenu compte des éléments de cette dénonciation dans le cadre de la procédure de révision. Les rapports de l'agence de détective mandatée par l'intimé n'ont rien apporté, qui permettrait de soutenir que l'assurée déploierait des activités susceptibles de faire revoir sa capacité de travail. La société J\_\_\_\_\_ est en effet une entreprise appartenant au mari de la recourante, où travaille l'un de ses beau-fils : elle s'y rend occasionnellement, notamment pour prendre un café avec son gendre, mais conteste y travailler. Ses explications, plausibles sinon convaincantes, sont d'ailleurs corroborées par l'observation dont elle a fait l'objet au printemps 2013. En tant que de besoin la chambre de céans observe qu'en tout état ce rapport ne saurait se voir reconnaître la moindre valeur probante, d'autant qu'il n'a – sous l'angle de l'évaluation d'une amélioration de la capacité de travail – pas été soumis au service médical de l'intimé. Il n'en demeure pas moins que la chambre de céans s'étonne de ce que le mandat de surveillance ait été mis en œuvre par l'intimé pratiquement une année après que la procédure de révision a été initiée, alors que dans l'intervalle, hormis l'envoi à l'assurée du questionnaire initial, et les renseignements médicaux recueillis auprès des médecins traitants, aucune autre investigation n'avait été entreprise, sinon la demande (actualisée) de l'extrait du compte individuel de l'intéressée (ci-après : CI) auprès de la caisse cantonale genevoise de compensation, dont on peut déduire que la seule activité rétribuée de l'intéressée, depuis 2007, a consisté dans le versement des jetons de présence pour son activité de conseillère municipale. A ce sujet, on constate certes une différence entre les montants ressortant du CI et ceux déclarés par l'assurée à l'intimé. Il est toutefois notoire à Genève, et comme l'assurée l'a d'ailleurs expliqué dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage, que la moitié des jetons de présence qu'elle recevait était reversée à son parti politique, ce qui est vraisemblable. Il résulte de ce qui précède que les motifs qui avaient initialement provoqué l'ouverture d'une nouvelle procédure de révision de la rente ne se sont pas révélés fondés, et c'est à juste titre que l'intimé n'en a pas tenu compte, orientant toutefois la révision sous un autre angle, ce qui en tant que tel n'est pas critiquable, ni d'ailleurs remis en cause par la recourante. Il n'empêche que l'on peut comprendre que cette dernière, et son entourage familial, aient pu être profondément perturbés, en apprenant rétrospectivement avoir été épiés pendant plusieurs semaines, sur plusieurs mois dans leur vie quotidienne. 21. Ce n'est qu'en janvier 2014 que l'intimé a sollicité l'avis de son service médical, lequel s'est prononcé en juillet 2014. Il en ressort de façon claire qu'à l'heure actuelle, au vu des éléments médicaux, il est manifeste que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis l'examen SMR de 2006. Le SMR a conclu qu'il fallait s'en tenir aux conclusions de l'avis du SMR du 14 novembre 2006, et considérer que la capacité de travail est de 70 % dans une activité strictement adaptée aux limitations d'épargne du rachis. Dans ce contexte, les conclusions médicales de l'époque ne peuvent être dissociées des conclusions auxquelles l'intimé était parvenu en 2007, après avoir soumis l'assurée à une observation professionnelle sous l'égide du Centre

d'Intégration Professionnelle (CIP), lequel avait conclu que l'assurée n'était pas réinsérable en vue d'un travail dans le circuit économique normal.![endif]>![if> 22. C'est au vu des conclusions auxquelles parvenait son service médical, qui constatait un statu quo, que l'intimé a ordonné une enquête économique sur le ménage, en septembre 2014, dont le rapport et les conclusions sont précisément à la base du litige.![endif]>![if> a) La chambre de céans retient tout d'abord que la recourante ne remet pas en cause les constatations et conclusions chiffrées de l'analyse détaillée des champs d'activité, et les modifications dans la pondération de ceux-ci, ainsi que de l'exigibilité retenue pour les rubriques concernées. b) La recourante conteste en revanche ce rapport, en tant qu'il arrive à la conclusion que son statut - mixte jusqu'alors, à raison de 80 % de part active et 20 % de travaux habituels -, doit être modifié et propose de le faire passer dans un premier temps, soit dès le 1er janvier 2012, à un statut mixte de 50 % pour la part active et 50 % pour les travaux habituels, puis, dès septembre 2014, à un statut de ménagère à 100 % compte tenu du départ de l'assurée en Écosse avec ses enfants pour l'année scolaire 2014-2015. Ce qui a été entériné par l'intimé dans la décision entreprise. 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, 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 et que le rapport réponde aux autres exigences mentionnées ci-dessus p.27. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). En l'espèce, la chambre de céans retient que le rapport contesté à pleine valeur probante, en ce qui concerne l'évaluation des empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Il n'en va toutefois pas de même d'autres aspects, qui ne sont pas directement liés à l'évaluation des empêchements dans le domaine des activités habituelles. Fondé sur ce rapport d'enquête économique sur le ménage, et sur la note de travail de son gestionnaire, du 15 janvier 2015, l'intimé arrive à la conclusion que c'est en raison du fait que fin 2011 il était apparu que la fille cadette de la recourante était épileptique, il semblerait que l'assurée aurait dû diminuer son taux de travail dès janvier 2012, afin de pouvoir prendre soin de sa fille cadette malade et qu'ainsi un statut de 50 % active et 50 % ménagère serait vraisemblablement plus adéquat que celui qui était retenu tout au long de ces années. Le rapport d'enquête ménagère retient que selon l'assurée, sans handicap, elle exercerait une activité lucrative, « pour sortir de la maison et parce que je suis une travailleuse ». Lorsqu'il évoque la nature et l'importance de l'activité lucrative, il indique que l'assurée dit, dans un premier temps, vouloir travailler à 80 %, comme avant l'atteinte à la santé, « sans vraiment réfléchir à la question ». Il remarque ensuite que lorsque que les enquêtrices lui demandent de penser à sa situation actuelle, avec trois enfants encore à la maison, dont un enfant de 11 ans, épileptique, et que travailler à 80 % impliquerait un éloignement de la famille pendant minimum 32 heures sans compter les trajets, quatre ou cinq jours par semaine, l'assurée affirme qu'elle aurait dû trouver un employeur compréhensif pour aménager ses horaires, afin de s'occuper de sa fille cadette malade ou certainement baisser son temps de travail et engager quelqu'un pour garder sa fille cadette après l'école.... Sans imputer aux enquêtrices

la moindre mauvaise foi, force est toutefois de constater que sur ce point, leur rapport est empreint de subjectivité. Il traduit plus la pensée des enquêtrices, face à une situation « actuelle ». Cette appréciation s'écarte d'une part des déclarations spontanées de la recourante, - suggérant que cette dernière les aurait faites sans réfléchir -, commentaire qui n'est étayé par aucun élément objectif. D'autre part elle ne cadre pas non plus avec d'autres éléments du dossier qui montrent au contraire que, comme elle l'affirme, l'assurée est une personne qui a besoin d'être active, hors de son foyer ; jusqu'à son atteinte à la santé a toujours travaillé, de 100 % à 80 % pour l'essentiel, depuis l'âge de 17 ans. Et, alors même qu'elle était déjà mère de quatre enfants, elle continuait à travailler à 80 %, en conciliant ses activités professionnelles et ses responsabilités de mère. Même lorsque sa fille C\_\_\_\_\_, alors âgée de 2 ans, a été grièvement brûlée, ce qui, des années après, a notamment nécessité une intervention chirurgicale de reconstruction, il n'apparaît pas que cette circonstance ait induit, à l'époque, une diminution des horaires de travail de la recourante, même temporairement. Il ressort également du rapport d'observation professionnelle du CIP, en 2007, que la recourante avait pensé - malgré son atteinte à la santé - que ce stage lui permettrait de reprendre une activité professionnelle. Elle avait toutefois dû se rendre à l'évidence que cela n'était actuellement pas possible. Même dans la situation actuelle, l'épilepsie de sa fille cadette a certes occasionné quelques adaptations, mais force est de constater qu'elle est toujours scolarisée à l'école publique, qu'elle prend ses repas de midi à l'école, qu'elle y est généralement conduite par son père, et ramenée à la maison par un bus scolaire, ceci en dépit du fait que la recourante n'exerce pas d'activité lucrative - car elle ne le peut pas, en raison de son atteinte à la santé -. Même si, dans cette situation, elle lui consacre plus de temps, notamment pour s'occuper avec elle de ses devoirs, dès son retour de l'école, cela n'autorise toutefois pas à considérer au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales que la recourante, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, en aurait fait autant, et de la même manière, et réduit son temps de travail de 80 à 50 % en raison de la seule atteinte à la santé de sa fille cadette. C'est également le lieu de relever que si, aujourd'hui encore, la recourante et son mari assument la charge de leurs trois enfants communs, l'une d'entre elles est majeure, la seconde est une adolescente de 17 ans. Elles disposent d'une autonomie certaine; elles ne prennent pas les repas de midi à la maison, et se déplacent en bus. Ainsi, par rapport à certaines périodes, avant l'atteinte à la santé de la recourante, où cette dernière travaillait à 80 %, la présence des enfants à charge encore à la maison apparaît moins importante aujourd'hui qu'elle ne l'était à l'époque. Du reste, ceci se traduit également dans l'enquête ménagère actuelle par rapport à la précédente, par une modification de la pondération des champs d'activité, et la prise en compte d'une exigibilité non négligeable, ce qui n'était pas le cas précédemment. De ce point de vue également, les remarques figurant dans le rapport d'enquête ménagère montrent que la recourante a organisé la vie de famille en mettant ses filles à contribution, dans les tâches ménagères, pour ce qui est de la vaisselle et de la lessive, ainsi que son mari, pour les commissions courantes et pour les tâches administratives. Elle l'a certes fait pour se décharger d'une partie des tâches que son handicap l'empêche d'accomplir, mais également par principe. Sans atteinte à la santé, elle n'aurait très vraisemblablement pas agi différemment, conciliant ainsi ses tâches familiales et professionnelles. Il en va d'ailleurs de même des circonstances qui ont amené la famille à déménager de Genève pour aller s'établir dans le canton de Vaud, à l'écart du stress urbain, mais également par rapport à des contingences matérielles, de loyer notamment. C'est aussi évoquer la situation financière de la famille : comme elle l'indique, sans les rentes qu'elle touche pour elle et pour ses filles, la

recourante ne pourrait pas s'en sortir (avec les seuls revenus de son mari). Sans atteinte à la santé, elle aurait donc manifestement dû continuer à travailler, et très probablement au taux qui était le sien avant l'atteinte à la santé. Il est d'ailleurs tout aussi vraisemblable que la famille n'aurait pas non plus déménagé dans le canton de Vaud. Ainsi, au vu de l'ensemble du dossier, et des éléments relevés ici, la chambre de céans considère que le raisonnement qui a conduit l'intimé à retenir dès janvier 2012, une modification du statut passant, pour la part active, de 80 % à 50 %, en raison de l'atteinte à la santé de la fille cadette, découverte à fin 2011, repose sur une hypothèse que l'on ne peut retenir au degré de la vraisemblance prépondérante. d) La décision entreprise retient que dès septembre 2014, le statut de la recourante passerait de 50 % active et 50 % ménagère au statut de 100 % ménagère, dès lors que la recourante a entrepris d'aller vivre en Écosse avec ses trois filles, pour que celles-ci soient scolarisées pendant l'année scolaire 2014-2015 dans ce pays, pour profiter d'acquérir la langue anglaise. Par rapport à cette circonstance, le rapport d'enquête ménagère laisse clairement apparaître l'opinion subjective des enquêtrices. Elles relèvent sous la rubrique nature et importance de l'activité lucrative (rapport, p. 4) : « dès jeudi 11. 09. 2014, Madame (..) part pour Édimbourg avec ses filles, pendant une année ! » La même remarque est reprise à la dernière page du rapport sous "particularités" : « L'assurée part pour une année à Édimbourg dès le 11. 9. 2014 avec ses trois filles. Elle a envoyé un courrier le 5 (recte : 3). 9. 2014 pour nous informer de cette situation et de sa nouvelle adresse. ». Ce départ et ce courrier étaient d'ailleurs déjà évoqués au début de ce rapport sous la rubrique "atteintes à la santé": les enquêtrices y remarquent qu'au moment de l'entretien, l'assurée les informe que lorsqu'elle sera à Édimbourg elle consultera ses médecins par téléphone, mais ne parle pas de problèmes psychiques, ni de dépression et/ou de suivi psychiatrique, comme dans son courrier à l'AI du 3. 9. 2014. Ce courrier évoque en effet les raisons pour lesquelles la recourante avait pris la décision de quitter la Suisse pour l'Écosse, au mois de septembre, parmi lesquelles le fait qu'en décembre 2013, suite à l'enquête de l'intimé par un détective privé, elle avait été obligée de se faire soigner pour une dépression sévère. Elle n'évoque en revanche aucun suivi psychiatrique nécessaire. Dans la note de travail du gestionnaire du 15 janvier 2015, il est relevé : « Dès septembre 2014, l'assurée quitte la Suisse pour une année scolaire et nous pourrions retenir un statut de ménagère à 100 % ». Ici encore, la décision entreprise repose sur une hypothèse des plus théoriques. S'agissant de la motivation, l'intimé se borne à indiquer que depuis septembre 2014, il retient un statut de ménagère à 100 % en raison de son départ pour Édimbourg avec ses enfants pour suivre leur année scolaire là-bas. Puis quelques paragraphes plus loin, et pour exclure l'octroi d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, l'intimé précise que sans atteinte à la santé elle n'exercerait pas d'activité professionnelle. Comme déjà mentionné pour la réduction de la part active de 80 à 50 %, pour la période de janvier 2012 à septembre 2014, l'hypothèse qui, selon l'intimé, fonde la modification du statut de la recourante en le transformant dès septembre 2014 en un statut à 100 % dédié aux tâches ménagères, ne repose sur aucun fondement crédible. En effet, sans atteinte à la santé, il faut au contraire considérer au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante, qui n'aurait pas cessé de travailler, ceci à un taux d'activité identique à celui qu'elle exerçait avant l'atteinte à la santé, ses filles seraient toujours scolarisées à Genève, et la recourante n'aurait pas envisagé de partir en Écosse pour y scolariser ses filles pendant une année. Elle n'aurait pas pu se le permettre, car elle aurait dû continuer à travailler pour subvenir aux besoins de la famille. Le fait que dans l'intervalle la recourante ait décidé de rester avec ses filles une année supplémentaire en Écosse, pour permettre aux deux aînées de terminer leur cycle scolaire et obtenir, en juin

2016, un équivalent de la maturité gymnasiale dans le système anglo-saxon n'y change rien. Rien n'autorise du reste à penser que cette prolongation aurait d'emblée été planifiée. Elle s'inscrit très vraisemblablement dans le fait qu'au vu des résultats scolaires des deux adolescentes, elles auront un avantage à terminer leur scolarité gymnasiale avec un diplôme équivalent à une maturité. Point n'est d'ailleurs utile d'investiguer plus profondément sur ce point, par rapport à l'objet du litige. Ainsi, il résulte de ce qui précède que les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGa ne sont manifestement pas réunies : comme le rappelle la jurisprudence, on décidera du statut de l'assuré en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En l'espèce elle aurait continué à travailler à un taux comparable à celui qui prévalait avant l'atteinte à la santé, de sorte que la décision entreprise doit être annulée. Certes, l'enquête ménagère a abouti à une modification dans la pondération des champs d'activité et a retenu une exigibilité faisant ainsi passer, par rapport à la précédente évaluation, le taux d'empêchement de 50% à 9,92%. Toutefois le statut mixte devant rester le même qu'avant la décision entreprise (80% actif / 20% ménager), le taux d'invalidité pour la part active reste de 80% et celui de la part ménagère passe de 10% à 2 %, ce qui n'a pas d'incidence sur la rente d'invalidité qui reste entière, à un degré d'invalidité de 82 %. Il n'y a dès lors pas lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour nouveau calcul de la rente. 23. Cela étant, la question de l'éventuelle application de l'art. 53 al. 2 LPGa, et de l'examen d'une éventuelle révision ou reconsidération des précédentes décisions sur révision, notamment de celles de 2007, voire de janvier 2011, sous l'angle de cette disposition ne se pose pas : la chambre de céans n'a pas trouvé, dans le dossier, le moindre élément lui permettant de constater que la décision initiale était certainement erronée, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment. 24. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 19 juin 2015 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF. 200.- PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant sur incident A la forme :

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