

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/867/2026

ATAS/609/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par Me Daniel MEYER, avocat

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en mars 1975, a déposé une demande de prestations invalidité, qui a abouti à l'octroi d'une rente invalidité entière, versée depuis le 1^{er} mars 2016.
- b.** Dans le cadre d'un processus de réexamen, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a procédé à une nouvelle instruction, qui a abouti à la suppression de la rente, par décision du 23 mars 2020 au 1^{er} mai 2020.
- c.** Sur recours de l'assurée, l'OAI s'est déterminé dans le cadre de son préavis en proposant une nouvelle évaluation du dossier et un renvoi de la cause, ce qui a été confirmé par l'arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) du 3 septembre 2020 (ATAS/735/2020).
- B.** **a.** L'OAI a procédé à une instruction complémentaire qui a abouti à un projet de confirmation de la suppression de la rente invalidité, rétroactivement au 1^{er} mai 2020, en raison de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée et de sa reprise d'une activité lucrative de mai à août 2019, à un taux de 23.75% et, dès le mois de septembre 2019, à un taux de 48.75%.
- b.** L'assurée a contesté le projet de décision en relevant, notamment, que la reprise d'activité professionnelle en tant qu'animatrice parascolaire avait été possible à temps partiel, en raison du domaine d'activité privilégié dans lequel elle avait évolué, ce qui lui avait été bénéfique d'un point de vue psychiatrique, mais dommageable sur le plan physique. Elle avait ainsi dû démissionner, à compter de la rentrée scolaire d'août 2022, après une sévère infection, étant précisé qu'elle n'avait pu se maintenir dans cette activité lucrative, de septembre 2019 à juin 2022, à un taux d'activité de 48.75%, qu'en raison de l'aide conséquente reçue de ses collègues de travail. En conclusion, elle estimait que le risque de rechute redouté s'était réalisé et que c'était à tort que l'OAI retenait à son endroit un taux d'activité de 63%. Par ailleurs, la quotité du salaire sans invalidité retenue par l'OAI était contestée dans la mesure où le revenu déterminé en 2018 s'élevait à CHF 64'860.- au lieu de CHF 56'451.- tel que retenu à tort par l'OAI. Dès lors, le calcul de comparaison des revenus pour déterminer la capacité de gain était erroné.
- c.** Le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles qui étaient : pas de port de charges, pas de mouvements forcés en flexion/extension du tronc, pas de marche prolongée ou en terrain accidenté, pas de montée sur des échelles ou des échafaudages. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 1^{er} septembre 2019.
- d.** Par décision du 20 juillet 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision et a supprimé, rétroactivement, la rente entière de l'assurée au 1^{er} mai 2020. Le statut, non contesté, de l'assurée, était celui d'une personne se consacrant à 80% à son

activité professionnelle et pour les 20% restant à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. L'enquête ménagère effectuée au domicile avait permis d'établir que l'empêchement pour effectuer les travaux habituels était de 21%, mais qu'en raison de l'exigibilité retenue à l'égard des membres de la famille de l'assurée, l'empêchement pondéré aboutissait à 0%. S'agissant de son activité professionnelle, la perte de gain s'élevait à 74%, pour la période de mai à août 2019, puis à 46% dès le mois de septembre 2019. Néanmoins, après pondération entre la part professionnelle (80%) et la part dans les travaux habituels (20%), on aboutissait à un taux d'invalidité globale arrondi de 37% (soit 46% de 80%), dès le 1^{er} septembre 2019.

e. Sur recours de l'assurée, la chambre de céans, par arrêt du 23 mai 2024 (ATAS/362/2024) a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise bi-disciplinaire de la recourante, au sens de l'art. 44 LPGa, comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique.

C. a. L'OAI a mandaté les docteurs B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et C_____, spécialiste en rhumatologie afin qu'elles effectuent une expertise bi-disciplinaire de l'assurée, accompagnée d'une évaluation consensuelle.

b. Les expertes ont rendu leur rapport d'expertise bi-disciplinaire le 20 janvier 2025. Dans le cadre de l'évaluation consensuelle, en l'absence de psychopathologie incapacitante, elles ont estimé que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 100% depuis 2019 dans toute activité professionnelle. L'activité habituelle était adaptée à la situation de santé psychique, en l'absence de limitations fonctionnelles dans ce domaine. Sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas d'éléments anamnestiques, cliniques ou radiologiques en faveur d'une affection rhumatismale inflammatoire ou immunologique ni en faveur d'une fibromyalgie. Les diagnostics retenus par l'expert rhumatologue étaient : des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs (M 54.5) ; des gonalgies bilatérales sur arthrose tricompartimentale bilatérale D > G (M17.0) ; une obésité (BMI à 37.3) et un déconditionnement global. Les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique étaient les suivantes : pas de position statique debout prolongée ; pas de mouvements itératifs en porte-à-faux du rachis ; pas de montée/descente itérative des escaliers ; pas de travail en position agenouillée/accroupie ; limitation des déplacements ; pas de travail avec des engins émettant des ondes à basses fréquences. L'incapacité de travail, qui était uniquement due aux troubles somatiques, dans l'activité habituelle, était de 50% depuis le 1^{er} septembre 2019 mais la capacité de travail, dans une activité adaptée était de 100%, depuis la même date.

c. Dans son rapport du 29 janvier 2025, le SMR a considéré que l'expertise bi-disciplinaire était probante et qu'une amélioration de l'état de santé psychique de l'assurée était décrit clairement depuis l'expertise psychiatrique du 7 octobre

2017. Le diagnostic sur le plan rhumatologique était repris avec une incapacité de travail durable à 100% débutant le 10 mars 2015 puis évoluant dans l'activité habituelle d'animatrice parascolaire vers une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} septembre 2019 et, dans une activité adaptée, on retrouvait une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} septembre 2019.

d. Compte tenu du fait que l'assurée consacrait 80% de son temps à ses activités professionnelles et 20% à ses activités ménagères, l'OAI a mandaté une enquête économique sur le ménage (ci-après : EEM), qui a abouti à un rapport du 2 juillet 2025 effectué par une infirmière spécialisée. Cette dernière a retenu une incapacité de 15.7% pour la partie ménagère, précisant que les conclusions de l'enquête ménagère effectuée le 11 mars 2021 restaient valables pour la période durant laquelle l'assurée vivait au domicile de ses beaux-parents, puisque les limitations fonctionnelles prises en compte étaient les mêmes et qu'elles tenaient compte de l'organisation effective du ménage, jusqu'au déménagement de l'assurée dans son propre logement, en octobre 2021.

D. a. Par projet de décision du 16 octobre 2025, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer le droit la rente dès le 1^{er} décembre 2019. La capacité de travail dans une activité adaptée était entière depuis le 1^{er} septembre 2019 et elle était de 50% dans son activité habituelle. La perte de gain s'élevait à CHF 21'490.- en tenant compte d'un revenu sans invalidité de CHF 56'451.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 49'074.-. Après pondération avec la partie activité ménagère, le taux d'invalidité global retenu était de 24.36 % arrondi à 24%.

b. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée a contesté le projet par courrier du 20 novembre 2025, joignant, en annexe, les rapports médicaux de ses médecins traitants. Le docteur D_____, spécialiste en médecine générale, dans son rapport du 11 novembre 2025, considérait que de nouveaux diagnostics sur le plan physique venaient péjorer le tableau global dès lors que, depuis la fin de l'été, l'assurée présentait un probable syndrome du tunnel carpien bilatéral et un syndrome d'apnée du sommeil sévère. De surcroît, son cahier des charges et ses responsabilités avaient augmenté et l'évolution du côté physique était en dents de scie, avec des recrudescences de ses douleurs par périodes. Il considérait que l'estimation de la capacité de travail était erronée et devait être de 0% dans une activité normale et de 50% dans une activité adaptée à ses limitations, qui étaient multiples et dont l'intensité pouvait varier en cours de journée. Le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie, a délivré une attestation médicale du 11 novembre 2025, par laquelle il confirmait que l'assurée était connue pour un trouble dépressif récurrent, un syndrome de fatigue chronique, un trouble anxieux mixte avec manifestations somatiques ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil récemment diagnostiqué, qui contribuait à une fatigue diurne persistante et un retentissement psychique notable. Il ajoutait que, sur les derniers mois, l'assurée rapportait une augmentation de son taux d'activité professionnelle dans le

domaine du service parascolaire, avec un cahier des charges plus exigeant, une implication accrue dans ses tâches quotidiennes et une responsabilité élargie auprès des enfants dont elle avait la charge. Ces changements avaient engendré une accentuation significative de l'anxiété, une fatigabilité accrue ainsi qu'une majoration des symptômes somatiques et cognitifs liés à l'attention psychique. Le médecin envisageait un risque élevé de rechute dépressive, dans ce contexte de surcharge et de vulnérabilité biologique et psychologique ; le problème somatique, soit le syndrome de fatigue chronique et l'apnée du sommeil contribuaient à aggraver ce tableau, en cela qu'ils limitaient les capacités d'adaptation, à la tolérance et au stress professionnel. En conclusion, le psychiatre considérait qu'il fallait réévaluer la décision de suppression de la rente d'invalidité. Un rapport de polysomnographie du centre de médecine du sommeil CENAS, exposait, sous la plume du neurologue F_____, que le score nominal de somnolence diurne, le jour de la polysomnographie, montrait une somnolence diurne subjective significative. Par ailleurs, la patiente se déclarait d'accord d'initier un traitement à l'aide d'un appareil de pression positive continue des voies aériennes (ci-après : CPAP).

c. Après avoir pris connaissance des éléments de contestation de l'assurée et les rapports médicaux, le SMR a considéré, par avis médical du 30 janvier 2026, que sur le plan psychiatrique l'expertise n'avait pas mis en évidence de trouble anxieux ni dépressif et qu'aucune fatigabilité psychique n'avait été relevée. Sur le plan somatique les lombalgies et les gonalgies étaient connues et avaient été prises en compte par l'expert rhumatologue qui avait retenu des limitations fonctionnelles. Le syndrome du tunnel carpien avait été évoqué par l'expert, sans qu'il soit considéré comme incapacitant. Les cervicalgies n'étaient pas décrites par l'assurée lors de l'expertise et l'examen clinique était normal. Enfin, concernant l'apnée du sommeil, il ne s'agissait pas d'un diagnostic habituellement incapacitant et un traitement par CPAP était recommandé. Par ailleurs, lors de l'expertise, aucune fatigue ni fatigabilité physique et psychique n'avait été relevée.

d. Par décision du 4 février 2026, l'OAI a confirmé son projet de décision et communiqué ses appréciations à la fin de la procédure d'audition, considérant que les rapports médicaux communiqués ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation.

E. a. Par acte de son conseil déposé au greffe de la chambre de céans le 9 mars 2026, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 4 février 2026. Elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit au maintien de sa rente entière d'invalidité, au-delà du 1^{er} décembre 2019, le tout sous suite de frais et dépens. Les rapports médicaux des médecins traitants étaient commentés, notamment celui de son psychiatre qui considérait qu'une réévaluation de la décision de suppression de la rente d'invalidité devait avoir lieu. S'agissant de l'expertise, l'assurée relevait que les conclusions apparaissaient

incompatibles avec les rapports médicaux des médecins traitants, notamment celui du Dr D_____ qui estimait qu'il n'y avait eu aucune amélioration de la capacité de travail mais plutôt une dégradation progressive de l'état général de l'assurée. La problématique du syndrome du tunnel carpien, du syndrome de l'apnée du sommeil ainsi que des cervicalgies et lombalgies chroniques étaient à nouveau évoquées. Enfin, l'expérience professionnelle récente de l'assurée confirmait les limitations décrites, dès lors que son activité comme animatrice parascolaire était exigeante sur le plan physique et impliquait de nombreux déplacements, ainsi qu'une station debout fréquente et le port d'enfants en bas âge et une vigilance constante. La recourante considérait qu'elle n'arrivait pas à travailler au-delà d'environ 27%, même dans une activité réputée adaptée. Les douleurs, la fatigue et les limitations fonctionnelles rendaient impossible l'exercice d'une activité soutenue au-delà de ce taux. Enfin, dans le cadre de la sphère ménagère, les limitations fonctionnelles n'avaient pas suffisamment été prises en considération. En conclusion, contrairement à l'appréciation des expertes il était irréaliste de considérer qu'elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Étaient joints au recours un rapport médical du 6 mars 2026 du Dr D_____ qui évoquait une dégradation de l'état de santé psychologique au cours des derniers mois et une intervention sur ses pieds, fin 2025, qui avaient impacté sa mobilité et avaient entraîné un arrêt de travail de quatre mois. De surcroît, elle avait perdu son père au début de l'année 2026, ce qui avait déclenché une baisse de moral et un état anxiodépressif chronique traité par antidépresseur. Le Dr E_____, dans son attestation médicale du 9 mars 2026, répétait, dans les grandes lignes, ce qu'il avait déjà exposé dans sa précédente attestation du 11 novembre 2025.

b. Par réponse du 6 mai 2026, l'OAI a tout d'abord rectifié sa décision dans le sens où il avait toujours été mentionné, notamment dans le cadre de la précédente procédure, que la rente devait être supprimée à compter du 1^{er} mai 2020 et non pas au 1^{er} décembre 2019. Pour le surplus, l'OAI concluait au rejet du recours, en se fondant sur les appréciations de l'expertise bi-disciplinaire qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, le dossier avait été soumis au service de réadaptation qui avait considéré que la recourante pouvait prétendre à un emploi dans son domaine de formation (administrative) à 100%, activité qui respectait pleinement ses limitations fonctionnelles. Était annexé, un avis du SMR, daté du 26 mars 2026, qui se prononçait sur les pièces médicales transmises dans le cadre du recours. L'opération du pied, signalée par le médecin généraliste, n'entraînait pas une aggravation durable de la santé de la recourante et le médecin psychiatre n'amenait pas d'éléments médicaux cliniques susceptibles d'acter une aggravation de l'état de santé de la recourante.

c. Par réplique du 12 juin 2026, la recourante a considéré que les conditions permettant de faire produire un effet rétroactif à la suppression de rente n'étaient manifestement pas réunies. En raison du temps écoulé depuis 2019, des

compléments d’instruction, des expertises et des contre avis médicaux, il n’était pas possible d’établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une amélioration notable et durable de l’état de santé qui était déjà acquise fin 2019 ou au printemps 2020. Pour cette raison, la recourante persistait dans ses conclusions.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

e. Ce nonobstant, la recourante a transmis, en annexe à son courrier du 26 juin 2026, une pièce médicale supplémentaire, sous la forme d’un rapport médical du Dr D_____ du 16 juin 2026 évoquant une « évolution globalement stable, voire en légère péjoration », des problèmes psychologiques, des douleurs aux jambes, des lombalgies et des douleurs articulaires de l’épaule droite.

f. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

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

Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l’art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s’appliquent à l’assurance invalidité, à moins que la loi n’y déroge expressément.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l’AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l’art. 17 LPGA a notamment été adapté.

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 (*cf.* 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 (*cf.* 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 (*cf.* 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 règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) 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. 88a 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).

La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGa) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.2).

En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1^{er} janvier 2022 ; toutefois, elle s'appuie sur une modification des circonstances qui serait survenue avant cette date, conformément à l'art. 88a RAI. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.
4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI, du 4 février 2026, de suppression de la rente d'invalidité de l'assurée avec effet au 1^{er} mai 2020.
- 5.

5.1 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).

5.2 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).

5.3 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et I 733/06 du 16 juillet 2007).

5.4 L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Pour une nettoyeuse professionnelle, elle s'évalue donc au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais

également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1^{er} LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

6.

6.1 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 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. 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 I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

6.2 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. En effet, 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).

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

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

8.

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 qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

8.2 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).

8.3 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 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9.

9.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

9.2 De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

- 10.** En l'espèce, la recourante soutient que la décision de l'intimé est infondée en ce sens que sa santé ne s'est pas améliorée depuis la dernière décision qui a été prise.

Dans un premier grief, la recourante critique les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire réalisée par les médecins mandatés par l'intimé et y substitue l'appréciation de ses propres médecins traitants.

L'intimé, en revanche, considère que l'expertise bi-disciplinaire présente une pleine valeur probante et que les appréciations des médecins traitants ne sont pas à même de démontrer d'éventuelles contradictions ou des éléments médicaux objectifs qui auraient été ignorés par les experts.

Les éléments de revenus avec et sans invalidité ne sont pas remis en question par la recourante et ne seront donc pas examinés dans le présent arrêt.

10.1 S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise, on doit relever qu'il répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. L'expertise bi-disciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans chaque domaine concerné, en vue d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisée, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les expertes ont personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise, et elles ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assurée et résumé leurs propres constatations. Elles ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions posées. Leurs conclusions sont claires et motivées.

Sur le plan psychique, la recourante se fonde sur l'appréciation de son psychiatre traitant qui pourra invoquer une dépression chronique, une vulnérabilité émotionnelle marquée, une fatigabilité mentale accrue, un risque élevé de rechute en cas de surcharge professionnelle vulnérable. Le psychiatre traitant ne procède toutefois pas à une estimation de la capacité de travail et ne mentionne pas la prise en charge de l'expert. Le psychiatre confirme qu'un épisode dépressif sévère a été diagnostiqué en octobre 2017 qui s'est amendé avec la prise d'antidépresseurs dans les six à 12 mois, comme cela est généralement le cas et qui est actuellement en rémission. Il relève que la recourante a pu envisager une nouvelle voie professionnelle qu'elle a débuté en septembre 2019 et qu'il n'y a pas eu de rechute dépressive depuis lors. La prise d'antidépresseurs se poursuit, mais au moment de l'entretien avec l'expert psychiatre, il est noté que les plaintes actuelles ne relèvent pas d'un épisode thymique ou d'un état anxieux et qu'il n'y a pas de critère psychopathologique en faveur d'une souffrance manifeste. Les ressources sont conservées chez la recourante comme le montrent les reconversions professionnelles qu'elle a effectuées à plusieurs reprises, les emplois qu'elle a trouvés seule, l'enthousiasme et le dynamisme, la défense de ses droits, les bonnes capacités d'adaptation et les voyages. Par ailleurs, la recourante

vit seule dans un appartement de quatre pièces et est autonome dans sa gestion financière, ainsi qu'autonome et indépendante dans l'entretien de ses tâches ménagères.

Partant, on ne note pas de présence d'une symptomatologie dépressive sévère récente, contrairement à ce que laissent entendre les médecins traitants de la recourante, sans pour autant documenter ce diagnostic par une éventuelle hospitalisation, ou une augmentation de la dose d'antidépresseurs.

Sur le plan rhumatologique, l'experte note une limitation uniforme partielle du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, précisant que la recourante est autonome dans les activités de la vie quotidienne, peut conduire sa voiture, mais reste limitée dans les déplacements à pied et les activités physiques. Bien que les plaintes concernant les limitations fonctionnelles soient cohérentes et plausibles en fonction de l'examen clinique et des constatations radiologiques, l'experte a cependant l'impression qu'elles sont majorées par une composante non organique. Les difficultés sont représentées par un problème de douleurs lombaires sur troubles dégénératifs et de gonalgies bilatérales à prédominance gauche, gonarthrose tricompartimentale bilatérale qui limite les positions statiques prolongées, les déplacements, le port de charges, les accroupissements et les agenouillements. De surcroît, cette situation est encore compliquée par une importante surcharge pondérale qui a une répercussion sur les genoux. Lors de l'entretien approfondi avec la rhumatologue (expertise p. 27, ch. 3.2), elle se plaint de lombalgies et de gonalgies ainsi que des douleurs un peu partout mais ne mentionne pas de douleurs cervicales. À l'examen de la colonne cervicale, la palpation cervicale et para cervicale est rapportée indolore, sans aucune irradiation algique ou paresthésique (expertise p. 32, ch. 4.3). Dans sa vie quotidienne, la recourante explique gérer les troubles physiques en adoptant toujours des positions favorables pour exercer ses diverses activités mais n'a aucun outil ergonomique à disposition. Elle mentionne s'être rendue en 2024 en vacances en Italie, dans sa famille, à 80 km de Florence, en train, ce qui a nécessité un trajet de 10 à 12 heures (expertise, p. 28, *in fine*). Dans le cadre de la discussion sur l'attente asséculologique, la recourante pense pouvoir être d'accord avec une diminution de la rente mais pas avec une suppression et ne comprend pas sur quelle base cette décision a été prise (expertise p. 31, *in fine*). Un possible début de tunnel carpien est relevé (expertise p. 35, *in fine*).

Au vu de ces éléments, on ne note pas de contradiction interne à l'expertise bi-disciplinaire ou d'omission d'éléments médicaux objectifs pouvant avoir des conséquences sur la capacité de travail.

Comme le souligne le SMR, l'experte rhumatologue a envisagé le syndrome de tunnel carpien, sans en tirer des conséquences sur la capacité de travail. De même, comme relevé par le SMR, le syndrome d'apnée du sommeil peut facilement être traité par un appareil CPAP que la recourante s'est précisément engagée à utiliser à l'issue de sa polysomnographie.

Partant, l'intégralité des troubles allégués par la recourante a été dûment prise en compte et il y a été répondu.

Compte tenu de ces éléments, aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations des expertes. Les appréciations des médecins-conseils sont différentes, sans pour autant remettre en cause les éléments sur lesquels les expertes se sont fondées. À cet égard, il convient de rappeler que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références).

L'ultime pièce médicale du Dr D_____ du 16 juin 2026, transmise par la recourante après que la cause a été gardée à juger, ne modifie pas les appréciations globales, les lombalgies et les douleurs aux jambes étant connues, les douleurs à l'épaule droite n'indiquant pas de substrat objectif et la « surcharge psychologique » n'étant pas détaillée.

La chambre de céans fait donc siennes les appréciations des expertes qui présentent une pleine valeur probante.

S'agissant de l'EEM, au regard des limitations fonctionnelles retenues par les expertes, les empêchements observés dans l'infirmière spécialisée dans son rapport du 2 juillet 2025 ne peuvent qu'être confirmés, étant rappelé que 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et I 733/06 du 16 juillet 2007).

Contrairement à ce qu'allègue la recourante les limitations fonctionnelles ont été prises en compte par l'enquêtrice, étant encore précisé que l'expertise ne mentionne pas de difficultés particulières de la recourante pour s'occuper de son ménage.

Aucun élément objectif ne permet de mettre en doute les appréciations de l'infirmière ayant rédigé l'EEM, ce rapport présente une pleine valeur probante.

10.2 Dans un second grief, la recourante reproche à l'intimé la suppression rétroactive au 1^{er} mai 2020 de la rente.

Dans leur rapport bi-disciplinaire, les expertes considèrent que la capacité de travail a été retrouvée depuis le 1^{er} septembre 2019 – date de reprise de travail de la recourante comme animatrice dans le parascolaire – étant rappelé que la recourante n'a pas signalé à l'OAI la reprise de son activité lucrative, alors même

qu'elle percevait une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2016. On précisera qu'avant que la cause soit renvoyée à l'OAI par la chambre de céans, suite à son arrêt du 23 mai 2024, la décision de l'OAI du 20 juillet 2023, qui supprimait rétroactivement la rente entière de l'assurée, prenait également effet au 1^{er} mai 2020.

La recourante reproche à l'intimé d'avoir continuellement changé de date concernant la suppression de la rente entière. Cet argument est partiellement erroné en ce sens que, dès la toute première décision de réexamen, la rente avait déjà été supprimée rétroactivement au 1^{er} mai 2020 (cf. ATAS/735/2020). La deuxième décision de 20 juillet 2023 prévoyait également une suppression rétroactive au 1^{er} mai 2020 (ATAS /362/2024) et ce n'est que dans le cadre de la présente procédure que l'OAI, après une décision de suppression de la rente dès le 1^{er} décembre 2019 l'a immédiatement rectifiée, dans le cadre de sa réponse au recours, en conformité avec l'art. 53 al. 3 LPGA qui prévoit que, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

Étant rappelé que dans le cas présent cette rectification est à l'avantage de la recourante, dès lors qu'elle lui accorde le versement de la rente entière d'invalidité pendant cinq mois supplémentaires.

L'objet du litige et par conséquent le même, depuis la première décision du 23 mars 2020 supprimant la rente au motif que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle avait repris une activité lucrative depuis mai 2019, adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles.

L'assurée quant à elle avait allégué que son état de santé était resté stationnaire et que ses limitations fonctionnelles persistaient ; que même si elle avait repris une activité à 50%, celle-ci n'était pas pérenne et que le risque d'une décompensation dépressive restait significatif ; de plus les conditions de travail étaient particulièrement favorables, car il n'y avait pas d'exigence de rendement.

La recourante critique les errements de l'intimé qui, selon elle, aurait dû, d'emblée, instruire correctement son dossier. Elle oublie toutefois qu'elle a provoqué la première décision de l'OAI en omettant de lui communiquer qu'elle reprenait un travail.

Il sied de rappeler que la décision rendue par l'OAI le 23 mars 2020 n'a pas été annulée formellement par la chambre de céans, mais que cette dernière a donné acte à l'OAI de ce qu'elle retirait sa décision du 23 mars 2020 pour examiner l'argumentation de l'assurée concernant le fait que sa reprise de travail semblait provisoire et conditionnelle et qu'un risque de décompensation dépressive (qui ne s'est pas produit) restait significatif.

La seconde décision rendue par l'OAI a été annulée dans le cadre d'une instruction complémentaire qui était rendue nécessaire au motif que l'assurée n'avait pas transmis l'ensemble des pièces médicales à l'intimé et que ce n'était

que pendant la procédure de recours qu'elle avait communiqué des pièces du rhumatologue G_____, de la psychiatre H_____ et du généraliste D_____. En procédant de la sorte, la recourante n'a pas facilité le travail d'investigation et d'instruction de l'OAI ; elle a agi de même, dans la présente procédure, en produisant *in extremis*, alors qu'elle était informée que la cause était gardée à juger et qu'il n'y avait pas eu de duplique de l'intimé, un courrier du 26 juin 2026 auquel était joint une pièce médicale datée du 16 juin 2026.

Dans notre cas, comme le rappelle l'intimé, 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.

Depuis 2020 et suite à la reprise d'une activité professionnelle par l'assurée au 1^{er} septembre 2019, l'OAI persiste dans ses décisions de révision de la rente avec effet au 1^{er} mai 2020. Ce n'est qu'en raison de la durée de l'instruction que ce point est toujours en suspens à l'heure actuelle.

Comme le souligne à juste titre l'intimé, la jurisprudence considère que le renvoi pour instruction complémentaire ne signifie pas nécessairement que les constatations originales soient fausses mais seulement que celles-ci ne peuvent être confirmées sur la base des documents disponibles. Les nouvelles observations peuvent confirmer ainsi celles réalisées initialement, auquel cas la première décision supprimant ou diminuant les prestations est correcte et prétend être entérinée avec effet rétroactif.

Dans son arrêt du 22 décembre 2010, le Tribunal fédéral (9C_288/2010 consid. 4.2) a précisé que les nouvelles observations pouvaient intégralement confirmer celles réalisées initialement, y compris du point de vue temporel (par exemple la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit), auquel cas la première décision supprimant ou diminuant les prestations était correcte et pouvait être entérinée avec effet rétroactif (dans ce sens, cf. ATF 106 V 18 et 129 V 370). Il découlait logiquement de ce qui précède que, si les résultats de l'instruction complémentaire infirmaient au moins partiellement le contenu de la décision originelle (par exemple quant à la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit survenue postérieurement à ce qui avait été retenu dans la première décision, toutes les autres conditions demeurant identiques), il ne saurait être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies. Il apparaît donc que l'élément distinctif déterminant consiste dans le moment auquel survient le changement notable de circonstances influençant le droit aux prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (soit durant la procédure initiale d'instruction, soit durant la procédure d'instruction complémentaire).

Dans le cas d'espèce, il est patent et la chambre de céans le confirme en tant que de besoin, que le changement notable de circonstances influençant le droit à la prestation est toujours le même que celui qui a déclenché la procédure initiale de révision, soit la reprise d'une activité lucrative par la recourante le 1^{er} septembre 2019.

Dès lors, au regard de la jurisprudence citée *supra*, l'intimé est en droit, depuis le début, de faire rétroagir au 1^{er} mai 2020 la suppression de la rente entière d'invalidité.

Enfin, comme le souligne l'intimé, la formation de la recourante, qui possède un CFC d'employée de commerce, qui parle français, italien (maternelle) et anglais (C1) et qui dispose d'une bonne expérience professionnelle, est de nature à lui permettre de trouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

11.

11.1 À l'aune de ce qui précède, le recours sera rejeté.

11.2 Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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