RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4596/2019 **ATAS/686/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2021

10ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____ à LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET	recourante

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, la patiente ou la recourante), née le _____1980, célibataire, employée de commerce de formation, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé), en date du 7 octobre 2015. Elle était à l'époque bénéficiaire de prestations de l'Hospice général (ci-après : l'hospice). Elle était atteinte de plusieurs maladies, notamment d'un déséquilibre hormonal, de volumineux fibromes, d'un nodule d'endométriose et d'un polype endométrial. Elle était notamment suivie par la doctoresse B_____, spécialiste en médecine générale (ci-après : la généraliste traitante) et par le docteur C_____, puis par la doctoresse D_____ sur le plan gynécologique. Elle avait en dernier lieu travaillé en 2014 pour la société E_____ SA (ci-après : l'employeur).

2. La Dresse B_____ a adressé un rapport à l'OAI le 15 décembre 2015 : le début de la longue maladie remontait à avril 2014. La patiente était en traitement ambulatoire chez elle depuis le 26 avril 2012; elle retenait les diagnostics incapacitants suivants : trouble de déficit d'attention avec hyperactivité dès 2009, état anxiodépressif, endométriose et fibromes utérins symptomatiques probablement depuis 2011. Anamnestiquement, la patiente était connue pour un trouble de l'hyperactivité et un état anxiodépressif avec échec de plusieurs traitements. Elle souffrait par ailleurs d'importantes douleurs abdominales récurrentes dans le cadre d'une endométriose récemment diagnostiquée, ainsi que de fibromes intra-utérins. L'évolution était très fluctuante avec des périodes où les symptômes douloureux étaient quotidiens. Elle souffrait par ailleurs de crises anxieuses récurrentes, aggravées par les accès douloureux. Les symptômes duraient depuis plus d'une année; tout était mis en œuvre pour essayer d'améliorer la situation (prise en charge psy et gynécologique, médecines parallèles); il était cependant difficile de prévoir si et quand elle pourrait récupérer une capacité de travail (ci-après : CT) partielle ou totale. Les traitements étaient médicamenteux; elle bénéficiait d'un soutien de médecine complémentaire, ainsi qu'une psychothérapie. La patiente était en incapacité de travail totale (100 %) dans sa profession de comptable, depuis le 15 septembre 2014. Les limitations fonctionnelles (ci-après : LF) étaient des angoisses, douleurs abdominales et quotidiennes invalidantes interférant avec sa capacité de concentration. L'activité exercée n'était plus exigible (à réévaluer en cours de thérapie, amélioration substantielle en cours). Une reprise de l'activité professionnelle ou de la CT était possible à moyen terme, mais il était trop tôt de pour le dire.

3. Le docteur F_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, a établi un rapport en date du 23 février 2016 : il retenait le diagnostic sans effet sur la CT de syndrome de l'intestin irritable; anamnestiquement il évoquait des ballonnements (douleurs abdominales diffuses, alternance selles dures/molles en relation avec le stress et l'anxiété); le traitement actuel consistait en une adaptation du régime, sans médication; le pronostic était bon.

4. La doctoresse G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a établi un rapport le 4 avril 2016 : elle retenait les diagnostics incapacitants évoqués ci-dessus par la généraliste et y ajoutait la connectivite actuellement indifférenciée depuis 2016; elle suivait la patiente depuis le 11 janvier 2016, date de la première consultation, pour une fatigue chronique, des dorsolombalgies et des douleurs musculaires diffuses depuis environ une année; la patiente avait perdu 30 kg en trois ans, souffrait d'asthme chronique et de douleurs arthromusculaires chroniques depuis une année environ. Le pronostic restait à voir selon évolution; la patiente ne prenait pas de médicaments pour la connectivite; il lui était conseillé une surveillance clinique et de laboratoire. L'incapacité de travail était totale (100 %) depuis le 15 septembre 2014.

5. Le 20 mai 2016, selon la généraliste traitante : état de santé stationnaire; compliance optimale, et bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.

6. Par courrier du 16 juin 2016, l'office régional de placement a indiqué à l'OAI que l'assurée avait bénéficié de trois délais-cadres successifs (indemnisés) du 16 juin 2008 au 17 juin 2014; un nouveau délai-cadre lui avait été ouvert, du 23 décembre 2014 au 22 décembre 2016, sans droit aux indemnités.

7. L'employeur a répondu au questionnaire usuel de l'OAI en date du 8 juillet 2016 : l'assurée avait travaillé pour cette société du 28 novembre 2013 au 5 mai 2014. Le contrat avait été résilié par l'employée, en fin de mission. Aucune atteinte à la santé n'était connue de l'employeur.

8. Le 20 avril 2017, le service médical régional de l'AI [docteure H_____] (ci-après : le SMR) a retenu, sur la base des pièces médicales à disposition, que l'incapacité de travail était totale depuis le 15 septembre 2014 pour une atteinte somatique et psychique, et a posé des questions complémentaires à la généraliste traitante ainsi qu'à la rhumatologue; l'OAI était invité à demander à l'assurée si elle était suivie psychiatriquement; dans l'affirmative, à solliciter un rapport initial du spécialiste.

9. La généraliste traitante a répondu au questionnement du SMR par courrier du 1er mai 2017 : la patiente avait été diagnostiquée pour un TDAH (trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité) par un psychiatre [docteur I_____] en 2009; elle avait été mise pendant un à deux ans sous traitement de Ritaline, qu'elle n'avait pas bien toléré; elle était actuellement au bénéfice d'une prise en charge psychothérapeutique avec une psychologue (Madame J_____) sous délégation d'un psychiatre (docteur K_____); s'agissant du diagnostic de connectivite, elle joignait les pièces médicales sollicitées, précisant qu'un traitement de Plaquenil avait été mal supporté (réaction urticarienne); la douleur était plus ou moins gérée par physiothérapie, phytothérapie, homéopathie, Diclofénac et Tramal au besoin; LF : limitation physique globale avec impossibilité d'accomplir les tâches quotidiennes de son ménage en raison d'une fatigue chronique et de douleurs persistantes périodiques; les raisons médicales l'empêchant de reprendre une activité professionnelle tenaient aux problématiques évoquées en réponse aux

questions précédentes, et à un trouble anxieux et des crises d'angoisses fréquentes; il était difficile d'évaluer un éventuel diagnostic de syndrome douloureux chronique, en raison de la présence d'une connectivite indifférenciée; sur le plan gynécologique, pour le moment la patiente bénéficiait d'un suivi régulier; enfin, la CT en tant qu'assistante administrative était de 0 % depuis fin 2014.

10. La Dresse G_____ a répondu aux questions du SMR par courrier du 26 mai 2017 : s'agissant du diagnostic de connectivite, il avait été pratiqué un bilan biologique en 2016 (mars et septembre); de plus la patiente avait consulté les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) (service d'Immunologie - professeur L_____ : rapport de consultation joint). Un traitement immunosuppresseur au Plaquenil avait été mis en place, mais la patiente avait eu une réaction allergique cutanée et il avait dû être mis fin au traitement après quelques semaines. Sur le plan rhumatologique, la patiente présentait des arthro-myalgies persistantes, diffuses et assez fluctuantes. Dans le passé, un diagnostic de fibromyalgie versus syndrome douloureux chronique avait été retenu; il était toutefois difficile de se prononcer et de bien classifier ses plaintes à cause du récent diagnostic de connectivite. LF : douleurs arthromusculaires et non musculaires (douleurs abdominales, migraines, tensions) et la fatigue chronique qui rendaient la vie de la patiente assez difficile, avec beaucoup d'efforts pour accomplir même les travaux les plus légers de sa vie quotidienne. CT : même réponse que la généraliste.

11. Le Dr K_____ a adressé un rapport initial à l'OAI le 3 septembre 2017 : le début de la longue maladie remontait à mars 2015; la CT était de 0 % dans toute activité, avec les remarques suivantes sous la rubrique LF : la patiente était en arrêt de travail pour des raisons somatiques au premier plan, avec des douleurs physiques. Pour cet aspect du problème, il renvoyait au médecin traitant. Sur le plan strictement psychiatrique, il retenait les diagnostics incapacitants suivants, se surajoutant aux aspects somatiques : troubles de l'attention et hyperactivité (F90.0) et anxiété généralisée (F41.1). Anamnestiquement, la patiente était en incapacité de travail pour raisons somatiques avec une symptomatologie douloureuse. Sur le plan psychiatrique, on notait une anxiété généralisée ainsi que les symptômes en lien avec le trouble de l'attention : difficultés de concentration et d'organisation. Ces difficultés étaient aussi aggravées par le trouble anxieux, et il en résultait une difficulté d'adaptation lors de périodes de changement. Les constats médicaux confirmaient l'anamnèse susdécrite. Il arrivait régulièrement que la patiente ne puisse pas venir aux entretiens en raison de douleurs. Par ailleurs, le trouble de l'attention et l'anxiété avaient été observés lors des consultations. Pronostic : la reprise de travail dépendait principalement de l'évolution de la maladie somatique; il était évident que si la patiente pouvait reprendre une activité, les symptômes en lien avec le trouble de l'attention et l'anxiété seraient une difficulté supplémentaire au moment de l'adaptation à un nouveau poste de travail. Le traitement actuel consistait en une psychothérapie une fois par semaine; Lexotanil 3 mg par jour en réserve. LF mentales et psychiques : troubles de l'attention, difficultés de

concentration, intolérance au stress, anxiété généralisée. Conséquences : diminution du rendement, et de la capacité d'adaptation, risque de crises d'angoisse en cas de facteurs de stress; s'agissant d'une reprise de travail dans une activité adaptée, sur le plan psychiatrique, la patiente pourrait reprendre une activité, mais dans un premier temps, à temps partiel, avec un niveau de stress limité.

12. Dans un avis du 11 avril 2018, le SMR a retenu une incapacité de travail totale depuis le 15 septembre 2014, pour une atteinte immunologique actuellement sans traitement de fond : sur le plan psychiatrique, il s'agissait d'interpeller le psychiatre traitant afin de préciser quelle était la baisse de rendement sur le plan psychique; et mettre en place une expertise rhumatologique afin de déterminer la date du début de l'incapacité de travail, la CT de l'assurée (AH et AA), ainsi que les LF. Il était utile également de savoir s'il existait des alternatives thérapeutiques susceptibles d'améliorer la CT de l'assurée et dans l'affirmative, quelle CT pourrait être prévisible grâce au traitement; un tel traitement serait-il exigible ?

13. La Dresse D_____ a adressé un rapport à l'OAI le 14 décembre 2018. Elle retenait les diagnostics incapacitants d'endométriose de stade III-IV (modérée à sévère) et utérus polymyomateux (environ 10 fibromes dont les plus gros mesuraient entre 10 et 6 centimètres de diamètre) symptomatique; deux fausses couches: tardive en avril 2018 et précoce en octobre 2018. Anamnestiquement : algies pelviennes majeures, douleurs sur adhérences, hyperménorrhées et dyspareunies. La patiente bénéficiait d'une prise en charge spécialisée; LF : impossibilité d'être en position assise prolongée, par exemple devant un ordinateur.

14. Le docteur M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, - expert désigné parmi les spécialistes proposés par l'assurée en raison de son état de santé [elle avait indiqué qu'elle ne pourrait se rendre à Vevey pour y subir l'expertise par le premier expert désigné par l'OAI, proposant d'autres experts exerçant à Genève]-, a rendu son rapport, daté du 29 janvier 2019. Il ne retenait aucun diagnostic rhumatologique ayant une incidence sur la CT; en revanche, il mentionnait plusieurs diagnostics sans incidence sur la CT : - conflit sous-acromial de l'épaule droite (M75.1), pathologie non incapacitante dans l'activité d'aide-comptable; - connectivite indifférenciée : l'assurée présentait des autoanticorps dirigés contre les protéines SSA et des facteurs rhumatoïdes. À l'époque de l'expertise, cliniquement, douleurs des MTP à l'étreinte des articulations, et symptôme subjectif sans tuméfaction associée visible, qui ne l'empêchait pas de jardiner dans ses loisirs. Il n'y avait pas d'autres signes ou symptômes associés à ces autoanticorps actuellement, le dernier dosage du complément étant dans la norme; elle n'avait jamais présenté de tuméfaction ni d'épanchements articulaires, pas de phénomène de Raynaud; ne se plaignait pas de syndrome sec. Elle avait fait deux fausses couches dans le cadre de fibromes utérins, avec un bilan de coagulation normal (pas de lien détecté avec d'éventuels autoanticorps). La patiente n'ayant pas d'atteinte extra-articulaire à ce jour, il n'y avait donc pas d'atteinte organique objective en lien avec la connectivite indifférenciée; – fibromyalgie (M79) : sur le plan rhumatologique, en dehors du

diagnostic M75.1 et de la connectivite, l'assurée présentait des douleurs mal caractérisables, fluctuantes, durant moins de quelques heures, sans synovite associée. En rhumatologie, il n'y avait pas de pathologie organique qui produise des douleurs fugaces qui cèdent en moins d'une heure. L'ensemble de ces éléments permettait d'évoquer actuellement un diagnostic de fibromyalgie. L'assurée restait très active, elle jardinait, se déplaçait à pied, montait dix étages pour accéder quotidiennement à son appartement du Lignon alors qu'elle en louait un autre à son nom aux Avanchets, et menait plusieurs procédures juridiques de front. Sur la base de ces différents éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques, il n'y avait très probablement pas d'incapacité de travail ni de baisse de rendement significative en lien avec sa fibromyalgie dans son activité d'aide-comptable, ni avec ses autres pathologies rhumatologiques. L'expert a répondu à toutes les questions posées. Il retenait notamment que la CT de l'assurée n'était pas diminuée sur le plan rhumatologique. L'expert a néanmoins incidemment observé que l'assurée était connue pour une photosensibilité, et qu'il convenait ainsi qu'elle s'abstienne de s'exposer au soleil (jardinage extérieur ou sur terrasse, par exemple), ce qui pourrait réactiver une crise de connectivite. Enfin, l'examinateur a relevé que le 17 novembre 2018 (*ndr.* : il l'avait examinée le 9 novembre), l'assurée avait spontanément adressé un courriel à son secrétariat, se plaignant d'avoir souffert d'une crise d'hyperactivité le jour même, après l'expertise, en raison de douleurs et de fatigue. Elle disait avoir eu des douleurs dans les poignets, et son épaule gauche était restée bloquée au réveil le lendemain. Elle avait également transmis à l'expert la liste de tous ses médecins, passés et présents, liste qu'il avait mise à jour dans son rapport sous « médecins traitants », ainsi que la liste des médicaments qu'elle prenait, également mise à jour dans son rapport d'expertise.

15. Le 19 février 2019, le SMR a fait la synthèse du dossier médical, dans un avis après expertise rhumatologique, arrivant à la conclusion que, sur le plan rhumatologique il n'y avait pas d'atteinte incapacitante à ce jour; cependant, l'assurée présentait une connectivite indifférenciée qui pourrait évoluer dans le temps. Sur le plan gynécologique, on pouvait reconnaître une baisse de rendement de l'ordre de 20 % (incapacité de travail lors des menstruations). Il semblait nécessaire au vu de l'existence d'un syndrome douloureux chronique/fibromyalgie, afin de déterminer le caractère incapacitant ou pas de celui, selon la jurisprudence de juin 2015, de programmer une expertise psychiatrique.

16. Au vu de la contestation de l'assurée du choix de l'expert par rapport au lieu géographique où celui qui avait été pressenti exerçait, l'OAI a accédé à sa demande d'être examinée par un spécialiste exerçant dans la région genevoise, en précisant, dans un courrier du 10 mai 2019, qu'afin d'assurer des délais de traitement les plus efficaces possibles, l'office avait adopté une pratique plus souple en matière de choix consensuel de l'expert. L'OAI a donc retenu l'un des spécialistes que l'assurée avait proposés, soit le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du centre d'expertise médicale de Lancy.

17. L'expert a rendu son rapport le 15 août 2019. Il avait examiné l'expertisée le 22 juillet 2019. D'emblée, l'assurée lui avait précisé que, selon elle, son état psychique n'avait jamais été une entrave au travail, précisant s'être rendue auprès de l'expert pour « mener le processus AI à bien », ayant longuement hésité par rapport à la logique et à l'intérêt de cette expertise : pour elle, le problème était d'ordre somatique. L'expert a retenu le diagnostic avec répercussions sur la CT de perturbation de l'activité et de l'attention (F.90); et, sans répercussions sur la CT, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1). Selon l'expert, la consommation de cannabis augmentait les difficultés de concentration retrouvées dans le trouble de déficit de l'attention. Le Dr N_____ a notamment rappelé que le trouble de déficit de l'attention avait été diagnostiqué en 2009 par le Dr I_____ lors d'un passage de l'assurée au Centre de thérapies brèves; l'expert a confirmé ce diagnostic avec les symptômes suivants : inattention, difficultés à écouter quand on lui parle; a du mal à organiser ses activités, malgré sa liste de tâches; impulsivité : se remue et se tortille; impatience motrice; parle trop; répond avant que l'autre ne termine sa question; interrompt les autres et impose sa présence. L'impulsivité était marquée. L'expert n'a pas retenu un autre diagnostic cité dans les rapports médicaux et notamment dans le dernier rapport de 2017 du Dr K_____ (*ndr. : 3 septembre 2017, seul rapport de ce psychiatre figurant au dossier*), qui évoquait un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée. L'assurée ne présentait toutefois pas d'anxiété majeure au moment de l'expertise, et se présentait de manière plutôt calme, mais au contraire de manière plutôt accélérée sur le plan mental, pendant l'entretien et dans son retour d'expériences. L'expert relevait que les difficultés étaient principalement liées à un caractère qui se refusait à tout avenir professionnel. Les attentes de l'assurée étaient limitées par rapport à l'avenir : notamment, sa seule attente était celle de pouvoir obtenir de l'argent de l'assurance-invalidité pour pouvoir sortir de l'hospice, qu'elle aurait également attaqué. L'expert rhumatologue avait relevé lui aussi que l'assurée émettait une volonté d'obtenir l'AI, pour pouvoir souffler financièrement et se soigner, car elle ne pourrait pas travailler et gérer ses affaires privées. Les limitations invoquées par l'assurée étaient absentes : les limitations observées par l'expert étaient une impulsivité qui générerait des difficultés dans les relations professionnelles, et notamment hiérarchiques. Étonnamment, malgré le diagnostic effectué en 2009, il n'y avait pas de déficit de l'attention marqué lors de l'évaluation par l'expert, ce qui ne générerait donc pas de limitation particulière. Il en a conclu que la CT était entière dans son activité de comptable, qui ne générait donc pas de limitation particulière. Dans ses réponses aux questions posées, l'expert observait que sur le plan psychiatrique, la CT était entière depuis début 2018, « sans pouvoir préciser » : en effet, en 2017, le Dr K_____ mettait en avant une incapacité de travail principalement d'ordre somatique, mais avec des limitations sur le plan psychiatrique, que l'expert ne retenait pas. L'expert notait que début « 2018 », l'assurée décidait de quitter cette thérapie et de commencer un autre type de thérapie (suivi par le docteur O_____: psychothérapie à raison d'un rendez-

vous par semaine, et un traitement à base de naturopathie sous forme de millepertuis, en cours au moment de l'expertise); la patiente décrivait une amélioration ces derniers mois. L'expert retenait donc, en concordance avec tous les éléments en sa possession, une reprise de la CT entière sans aucune limitation depuis le 1er janvier 2018. À la question de savoir si la CT pouvait encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales, l'expert a répondu par la négative; mais il a toutefois nuancé sa réponse en indiquant que dès lors que la CT de l'assurée était entière, il n'y avait pas d'exigences de mise en place d'un changement de prise en charge, qui convenait actuellement. Le traitement naturel n'aurait pas d'effet majeur sur le trouble de déficit de l'attention, ni ne serait une protection pour l'éventualité d'une rechute dans un trouble d'anxiété généralisée. Cependant, pour améliorer la qualité de vie et la possibilité de stabiliser les liens professionnels à venir, le traitement du trouble de déficit de l'attention, avec hyperactivité, tout en gardant à l'esprit un diagnostic différentiel de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, nécessiteraient tous deux une prise en charge spécifique. Dans le cadre du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et à forte composante impulsive, un traitement psychostimulant pourrait être indiqué, tout en étant limité par, semble-t-il, la difficulté de l'assurée à supporter ce type de traitement. Cette expérience malheureuse (Ritaline) datait de 10 ans et rien n'avait été tenté depuis. Une réévaluation spécialisée serait souhaitée dans une consultation spécialisée des HUG ou chez l'un des spécialistes reconnus installé en cabinet. La consommation de cannabis aggravait probablement les difficultés de concentration, et son sevrage serait souhaitable. Il (le sevrage) était communément exigé dans les guides cliniques : le sevrage de ce toxique était exigible, afin de confirmer avec certitude le diagnostic de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, dès lors que ce diagnostic ne devrait pas pouvoir être posé en présence d'une prise d'un toxique comme un dérivé de THC. L'expert retenait malgré tout ce diagnostic (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, utilisation nocive pour la santé) en se basant sur les rapports médicaux, le retour du psychiatre traitant et son évaluation.

18. Le SMR s'est prononcé suite à cette expertise dans un rapport final du 4 septembre 2019. Après avoir rappelé que l'assurée présentait une première demande de prestations déposée le 7 octobre 2015, qu'elle était détentrice d'un CFC d'employée de commerce et avait travaillé comme assistante administrative, aide-comptable à temps partiel, et qu'elle se trouvait en incapacité de travail depuis le 15 septembre 2014, bénéficiant de l'aide de l'hospice depuis le 7 octobre 2015, le SMR a retenu qu'à teneur de l'expertise rhumatologique (Dr M_____), réalisée en novembre 2018 (examen de la patiente), l'expert n'avait retenu aucune atteinte rhumatologique incapacitante. Selon l'analyse de toutes les pièces médicales du dossier, expertises comprises, il s'avérait que les atteintes ayant conduit à l'arrêt de travail étaient essentiellement d'ordre somatique : connectivite indifférenciée, cause de polyarthralgies et myalgies diffuses ainsi que d'une asthénie chronique; selon la Dresse G_____, rhumatologue, cette affection était devenue incapacitante en

octobre 2014 et un traitement de Plaquenil s'était soldé par un échec, compte tenu d'effets indésirables dermatologiques; endométriose stade III-IV (sévérité moyenne à sévère avec utérus polymyomateux, nodule rétro-cervical gauche accolé au colon), qui évoluait depuis 2011 et se caractérisait essentiellement par une douleur pelvienne chronique s'accentuant lors des règles (dysménorrhée), des dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels), et des hyperménorrhées. Le suivi pour cette affection était assuré par la Dresse D_____, qui retenait comme LF l'impossibilité de maintenir une position assise prolongée, et qui relevait deux fausses couches, en avril et octobre 2018. Sur le plan psychiatrique, selon le Dr K_____, psychiatre traitant depuis mai 2015, l'assurée présentait un trouble de l'attention avec hyperactivité (F90.0) et une anxiété généralisée (F41.1); elle était suivie par une psychologue, prenait du Lexotanil (anxiolytique) en réserve. Les LF étaient, sur le plan psychiatrique, une diminution de rendement non chiffrée, des difficultés de concentration et une intolérance au stress. Toutefois, le psychiatre considérait que l'incapacité de travail était principalement justifiée, pour des raisons somatiques. Selon la généraliste traitante, la CT n'excédait pas 50 % dans une activité adaptée. Les LF découlaient de la connectivite indifférenciée et de l'endométriose; l'activité habituelle était possible si, dans un tel poste, les LF étaient respectées. Ce médecin signalait en outre une certaine fragilité psychologique restant fluctuante. Il était difficile autant pour le médecin traitant que pour le SMR de définir à partir de quand la CT de 50 % était exigible. Si l'on se référait à la totalité des pièces médicales et en dehors des épisodes de fausses couches, l'état de santé de l'assurée apparaissait suffisamment stabilisé en novembre 2018 selon l'expert rhumatologue. En conclusion, le SMR justifiait médicalement une incapacité totale de travail dès septembre 2014, en raison d'une connectivite indifférenciée et d'une endométriose de stade III – IV. Les LF étaient les suivantes : éviter une activité nécessitant la position assise prolongée et les efforts physiques; privilégier un poste sédentaire où l'assurée puisse changer de position à sa guise, sans effort physique ni port de charges. Dans un tel poste, la CT exigible était de 50 % dès novembre 2018. L'activité habituelle en tant qu'assistante administrative devait être retenue comme adaptée. En cas de rente, le SMR proposait de réviser le dossier à un an : en effet, toutes les options thérapeutiques existantes pour les pathologies dont souffrait l'assurée n'avaient pas été exploitées, à savoir : immunothérapie pour l'atteinte rhumatologique, et traitement chirurgical pour l'endométriose. Ces mesures n'étaient toutefois pas exigibles compte tenu des effets indésirables et des risques encourus.

19. Par courrier du 12 septembre 2019, l'OAI a adressé un projet d'acceptation de rente à l'assurée. L'office retenant un statut d'active à 100 % et une incapacité de travail totale dans toute activité dès septembre 2014, le droit à une rente entière était ouvert à l'échéance du délai d'attente (septembre 2015). Suite à une amélioration de son état de santé, l'OAI considérait que l'assurée avait une CT de 50 % dans une activité adaptée, celle d'assistante administrative/aide comptable l'étant. Durant cette période, le taux d'invalidité se confondait avec le taux de l'incapacité de

travail. La demande de prestations ayant été déposée le 7 décembre 2015, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois d'avril 2016 en application de l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires, dans la mesure où elle pouvait reprendre son activité habituelle. Dès mars 2018 (trois mois après l'amélioration de l'état de santé), elle avait droit à une demi-rente ordinaire. Dans ses considérants, l'OAI reconnaissait que, selon lui, la CT de 50 % dans l'activité adaptée l'était dès novembre 2018.

20. Par courriel (non daté selon la pièce figurant au dossier) mais enregistré par l'OAI le 14 octobre 2019, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. D'une part, son médecin traitant allait adresser une lettre à l'office pour corriger la date des incapacités de travail, suite à une erreur (humaine) qu'elle avait détectée. Elle contestait d'autre part la prétendue amélioration de son état de santé, début 2018. Il ressortait du rapport d'expertise du Dr N_____, concernant seulement la psychiatrie, et n'ayant rien à voir avec l'état gynécologique ou rhumatologique, que le Dr K_____ qui ne l'avait jamais suivie, avait décidé et annoncé qu'elle avait arrêté la psychothérapie avec Mme J_____ en janvier 2018, ce qui était faux. Il avait annoncé cet arrêt de la psychothérapie, au motif que la patiente allait mieux, ce qui était faux également : ce n'était pas en perdant deux enfants qu'elle allait aller mieux. Par ailleurs, le SMR fondait son état de santé psychiatrique comme une amélioration globale de sa santé, alors qu'il avait en sa possession des rapports d'hospitalisation de janvier, février et avril 2018, étant précisé qu'en avril, elle avait quand même perdu plus d'un litre de sang et failli mourir, sans parler des nécrobioses. Enfin, elle avait fourni à l'office le rapport d'échographie de début juillet 2019, qui prouvait l'aggravation de son état rhumatologique.

21. Par courrier du 15 octobre 2019, la Dresse B_____ a indiqué à l'OAI qu'en reprenant le dossier, il s'avérait que les indications concernant les certificats d'incapacité de travail mentionnées dans le « rapport AI » étaient erronées. En effet, l'incapacité avait réellement commencé le 1er mai 2015.

22. Par décision du 14 novembre 2019, suite à la contestation du projet de décision du 12 septembre 2019, l'OAI a notifié une décision de rente à l'assurée : une rente entière lui était allouée d'avril 2016 à février 2018, puis dès mars 2018 (trois mois après l'amélioration de son état de santé) et au-delà, une demi-rente ordinaire. Il découlait du calcul rétroactif des rentes allouées un total de CHF 61'192.-, intégralement retenu en faveur de l'hospice. Concernant le début de l'incapacité de travail durable, fixée au 15 septembre 2014, l'office s'était basé sur les éléments médicaux en sa possession, ainsi que sur le rapport d'expertise médicale. La rente n'était toutefois versée qu'à compter d'avril 2016 en raison de la tardiveté de la demande. Cette décision reprenait les motifs du projet de décision (y compris l'appréciation d'une CT de 50 % dans une activité adaptée dès novembre 2018).

23. Par mémoire du 13 décembre 2019, l'assurée, représentée par un conseil et plaidant au bénéfice de l'assistance juridique partielle, a déposé un recours auprès de la

chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 14 novembre 2019 en tant qu'elle réduisait sa rente d'invalidité à une demi-rente dès le 1er mars 2018, et à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle avait droit à une rente entière au-delà du 28 février 2018, et à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimé pour nouveau calcul, le tout avec suite de frais et dépens. La recourante contestait que son état de santé se soit amélioré, d'une part, et le taux d'exigibilité de 50 % retenu dans l'activité habituelle dès le mois de novembre 2018, d'autre part. Elle prétendait au contraire que les éléments médicaux du dossier faisaient ressortir une incapacité complète de travail et de gain, au-delà « de cette date », comme cela résultait des avis unanimes des médecins qui la suivaient. En premier lieu, dans la mesure où l'OAI se fondait principalement sur l'avis du SMR du 4 septembre 2019, et que la décision entreprise ne reposait que sur le postulat que la Dresse B_____ aurait acquiescé aux 50 % d'exigibilité retenus par le SMR, elle était erronée, car les avis médicaux de la généraliste traitante attestaient au contraire une exigibilité nulle. Elle a produit dans ce sens un rapport de la Dresse B_____ du 10 décembre 2019, le confirmant. De plus, la Dresse D_____, gynécologue, attestait pour sa part que contrairement à ce que retenait le SMR, l'ancienne activité, soit un travail de bureau essentiellement à l'ordinateur, n'était manifestement pas adaptée, la recourante ne pouvant précisément pas travailler durablement devant l'écran en raison de ses limitations fonctionnelles. Ainsi, rien au dossier ne permettait de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la recourante dès le mois de novembre 2018, contrairement à ce qu'avait retenu l'OAI. Dans un autre grief, elle reprochait à l'OAI d'avoir mené une instruction médicale ne respectant pas les exigences de la jurisprudence. Elle estimait que dans sa situation médicale complexe, impliquant des affections multiples relevant d'au moins trois spécialités présentant indéniablement des interactions entre elles, l'intimé ne pouvait se contenter d'ordonner une expertise mono-disciplinaire, en l'espèce la rhumatologie, puis une seconde expertise mono-disciplinaire en matière psychiatrique, sans synthèse interdisciplinaire. Elle faisait grief à l'intimé d'avoir retenu, sur la base du seul avis contesté de médecins non-spécialistes, que le caractère invalidant des troubles gynécologiques ne dépasserait pas 50 % depuis novembre 2018. Ainsi l'intimé ne pouvait-il réduire la rente sans ordonner une expertise pluridisciplinaire, gynécologique, rhumatologique et psychiatrique, afin d'évaluer de manière complète et globale l'ensemble des atteintes à la santé et leurs effets cumulés ou conjugués sur son aptitude à exercer une activité professionnelle. En tout état, il convenait encore de relever que la date du 1er mars 2018, retenue par l'intimé dans sa décision, ne coïncidait pas avec celle de la prétendue amélioration – contestée – de son état de santé, fixée au mois de novembre 2018, comme cela ressortait de l'avis du SMR du 4 septembre 2019. Ainsi, indépendamment de la question de savoir si c'était à juste titre que l'intimé réduisait la rente, force était de constater que pareille réduction ne saurait être admise avant le 1er février 2019, soit à l'échéance du délai de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI.

24. L'intimé s'est déterminé par courrier du 23 janvier 2020. Il a conclu au rejet du recours. L'OAI relève notamment que la recourante a fait l'objet d'une expertise rhumatologique au terme de laquelle l'expert concluait que l'assurée présentait une CT qui n'était pas diminuée sur le plan rhumatologique. Selon le rapport d'expertise psychiatrique, le spécialiste désigné concluait dans son rapport reçu le 15 août 2019 par l'intimé, que la CT de la recourante était de 100 %. L'expert relevait d'ailleurs d'entrée de cause que l'assurée avait commencé l'entretien en précisant qu'elle considérait que son état psychique n'avait jamais été une entrave au travail. Quant aux indicateurs jurisprudentiels, l'OAI considère qu'ils parlaient très nettement en défaveur d'une atteinte invalidante : s'agissant d'abord de la cohérence, l'expert constatait qu'il n'y avait pas d'impact majeur sur la vie privée et sociale de l'assurée, alors que la vie professionnelle était pour sa part, en panne, en raison d'une absence de volonté de reprendre une activité. Les bénéfices secondaires de la maladie existaient, et étaient essentiellement financiers. Il n'y avait pas, à proprement parler, d'échec des thérapies, puisque le traitement psychotrope de fond avait été refusé. Les ressources personnelles étaient présentes, dès lors que l'assurée était capable de gérer son activité à domicile, de faire du bricolage et du jardinage. Les aptitudes relationnelles étaient présentes également; les ressources étaient représentées par les parents et quelques amis. Quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante, au cours de l'année 2018, l'intimé se référait à l'avis du SMR du 21 janvier 2020 – annexé à la réponse au recours, selon lequel l'amélioration de la santé en novembre 2018 n'était pas contredite par des hospitalisations en cours de cette même année : les experts, pour établir leurs conclusions, avaient au contraire tenu compte des rapports de ces diverses hospitalisations et avaient estimé que l'incapacité de travail était totale durant ces périodes, début 2018. Ainsi, le rapport de la généraliste traitante allait dans le sens du rapport final du SMR du 4 septembre 2019 qui demeurait valable, et la date d'amélioration de l'état de santé de l'assurée était bien novembre 2018.

    L'assurée ne faisait pas valoir d'éléments en défaveur d'une pleine valeur probante des rapports d'expertise sur lesquels reposait la décision entreprise.

25. La recourante a répliqué par courrier de son conseil du 19 février 2020. Elle persistait intégralement dans les termes et conclusions de son recours. L'intimé était passé à côté de l'essentiel : son état de santé relevait d'une situation complexe, multidisciplinaire, et dès lors la question de l'exigibilité, centrale dans le litige, présupposait une prise en considération globale de l'ensemble des atteintes, ainsi qu'une prise en compte de leurs effets cumulés ou conjugués. Cela nécessitait une approche pluridisciplinaire intégrant une synthèse des avis des spécialistes émanant des disciplines concernées. Ainsi reprochait-elle à l'intimé d'avoir ordonné une expertise (rhumatologique) mono-disciplinaire, dans un seul des domaines concernés, puis une seconde expertise (psychiatrique) sans synthèse interdisciplinaire; à cela s'ajoute le grief de ne pas avoir ordonné d'expertise gynécologique, pourtant essentielle, dès lors que la spécialiste qui la suivait à ce

titre attestait d'une incapacité de travail totale dans l'ancienne profession pour les seules atteintes relevant de ce domaine. À tout le moins la décision de l'intimé devrait être annulée en raison d'une instruction médicale manifestement insuffisante, et le dossier lui être renvoyé pour complément. Elle rappelait enfin que la date de l'amélioration – contestée – de son état de santé, retenue par l'office intimé ne coïncidait pas avec celle mentionnée dans l'avis du SMR du 4 septembre 2018 (recte : 2019), également contestée, sur lequel l'intimé se basait. En tout état, aucune réduction de la rente ne saurait dès lors intervenir avant le 1er février 2019, soit à l'échéance du délai de trois mois suivant novembre 2018 retenu dans l'avis du SMR.

26. L'intimé a dupliqué par courrier du 12 mars 2020. Il persistait dans ses conclusions. L'argument de la recourante consistant à prétendre que les deux expertises déjà réalisées, et menées chacune dans son domaine, rhumatologique et psychiatrique, ne seraient pas probantes du fait de l'absence de consilium pluridisciplinaire était contraire à la jurisprudence. L'intimé se référait notamment à un arrêt présentant de nombreuses similitudes avec le cas d'espèce, - dont les principes seront évoqués dans la mesure utile dans les considérants qui vont suivre. Cela étant, le SMR avait procédé à une synthèse des expertises et s'était prononcé par avis du 4 septembre 2019 sur la CT globale de la recourante. À lecture de son avis médical, il apparaissait que le SMR avait également tenu compte des atteintes gynécologiques de l'assurée, puisqu'il avait finalement retenu une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, alors que chacune des deux expertises précitées retenait une pleine CT.

27. En vue de l'audience d'enquêtes convoquée pour le 30 novembre 2020, la recourante a produit, par courrier du 26 novembre 2020, un rapport médical de sa généraliste traitante du 26 février 2020, attestant de son incapacité totale de travail : la Dresse B_____ attestait que sa patiente avait présenté plusieurs atteintes à la santé en 2018, ayant nécessité plusieurs hospitalisations. En début d'année, elle avait souffert de nécrobioses, de fibromes utérins dans le cadre d'une grossesse débutante, à risques pour la mère et l'enfant, avec une hospitalisation de quatre jours au début janvier 2018. Elle avait dû être ré-hospitalisée début février 2018, pour plusieurs jours. Elle avait présenté par la suite plusieurs épisodes de nécrobioses, gérés à domicile, et ayant nécessité la prise d'antalgiques opioïdes. Au début avril 2018, elle avait subi une nouvelle hospitalisation pour trois semaines dans le cadre de métrorragies importantes et d'une rupture de la poche des eaux. En raison de complications infectieuses avec répercussions sur le fœtus et d'un risque pour la mère, elle avait dû subir l'accouchement, provoqué au sixième mois, d'un garçon mort-né. Ceci avait engendré d'importantes répercussions somatiques et psychologiques sur son état général, perdurant encore aujourd'hui, se rajoutant aux diagnostics déjà présents (douleurs pelviennes sur endométriose avec des adhérences multiples et fibromes utérins volumineux, douleurs articulaires et musculaires sur connectivite indifférenciée).

28. Le 30 novembre 2020, la chambre de céans a entendu les Dresses B_____ et D_____; la recourante, excusée, était représentée par son conseil, et l'OAI, absent, était excusé.

La Dresse B_____ a exposé en substance être le médecin traitant de Mme A_____ depuis plusieurs années, soit environ 8 ans. La patiente l'avait consultée initialement pour avoir un médecin traitant généraliste; elle lui avait fait part de problèmes psychologiques, notamment d'anxiété, et également de douleurs abdominales, de douleurs musculo-squelettiques et de fatigue; toutes ses plaintes se recoupaient, se superposant, et se manifestant de façon constante, respectivement récurrente. En somme, son état était « stable dans la continuité ». Elle a confirmé avoir établi plusieurs rapports successifs à l'intention de l'OAI, depuis 2015; elle avait toujours considéré que sa patiente était totalement incapable de travailler, ceci depuis 2015 en tout cas, renvoyant aux arrêts de travail qu'elle avait établis de façon continue. Questionnée sur les motifs pour lesquels elle retenait une incapacité totale de travail, encore actuelle, elle a expliqué que la problématique de sa patiente formait un tout : pendant une période, c'étaient les problèmes de douleurs qui étaient au premier plan; ensuite il y avait eu des périodes d'angoisses, la patiente s'estimant incapable de sortir de chez elle; puis les douleurs reprenaient le relais et ainsi de suite, de sorte qu'elle ne pouvait pas attribuer à une atteinte particulière cette incapacité de travail totale et permanente. En revanche, elle ne voyait manifestement pas sa patiente reprendre un travail. Interrogée au sujet de la conversation téléphonique qu'elle avait eue avec le SMR dont il ressortirait qu'elle admettait une CT ne dépassant pas 50 %, elle se souvenait de cet entretien téléphonique avec la Dresse P_____, qui avait pris contact avec elle, pour lui faire part du résultat des deux expertises successives, rhumatologique et psychiatrique, qui concluaient toutes deux à une pleine capacité de travail (100 %) de la patiente. Une discussion s'en était suivie, car elle ne partageait pas nécessairement ces conclusions; sa consœur lui avait alors indiqué qu'elle pouvait proposer au maximum un 50 % de CT, soit pour une demi-rente. C'est ainsi qu'elle avait acquiescé, en se disant qu'une demi-rente valait mieux que rien du tout. Elle convenait qu'extérieurement, Mme A_____ pouvait donner l'impression de s'investir beaucoup, comme cela avait été le cas, lorsqu'elle avait été examinée par les experts, dans le cadre d'un seul entretien, car elle était intelligente et capable de « donner le change ». La réalité était toutefois un peu différente, car si en effet elle était capable d'entreprendre de nombreuses démarches, notamment juridiques, elle ne tenait pas sur la distance; cette appréciation ne se concevant pas en termes de semaines, mais plutôt de jours. Elle avait eu connaissance des rapports d'expertise mais n'avait guère fait que les survoler. À la question de savoir si elle avait des commentaires à faire au sujet de ces expertises, elle a observé que s'agissant de l'expertise psychiatrique, hormis le fait que lorsqu'on la voit une seule fois, sa patiente pouvait donner l'impression qu'elle est capable de faire plus que ce qu'elle dit, elle se souvenait qu'au niveau psychiatrique par exemple, son psychiatre de l'époque, le Dr K_____ et la psychologue qui s'en occupaient, mettaient en

évidence de nombreux problèmes, en particulier l'anxiété généralisée. Sur le plan rhumatologique, les choses étaient peut-être plus faciles à évaluer, ceci même si les douleurs sont de nature subjective; on pouvait toutefois dans le cas d'espèce en objectiver un certain nombre, notamment par l'imagerie, au niveau abdominal notamment (mais pour cet aspect, c'était plutôt d'ordre gynécologique), voire au niveau des épaules. Il y avait également, dans ce contexte, la problématique de la connectivite. S'agissant de déterminer si à terme, la situation pouvait s'améliorer, elle a déclaré que si dans les premiers temps de son suivi elle avait quelque espoir, elle s'était ensuite aperçue que s'il y avait chez sa patiente une démarche importante par rapport à la velléité de résoudre ses problèmes - elle avait consulté de nombreux spécialistes, des généralistes, plusieurs gynécologues, divers thérapeutes, mais aussi un physiothérapeute notamment par rapport à ses douleurs de ventre -, malgré les traitements entrepris, notamment par rapport à la connectivite, cela ne fonctionnait jamais, la patiente expliquant ne pas supporter ces traitements; au final, le témoin doutait qu'on parvienne un jour à une solution. En référence à ce qu'elle avait expliqué à l'expert psychiatre, sinon au rhumatologue, sa patiente ne lui avait jamais vraiment parlé de ses attentes par rapport à l'assurance-invalidité. Elle relevait que l'on pouvait se sentir quelque peu noyé dans les informations que donne la patiente, de sorte qu'elle devait quelque peu nuancer son propos, en ce sens qu'elle lui avait peut-être parlé de certaines de ses attentes par rapport à l'AI, mais elle avait l'impression qu'elle n'avait jamais vraiment insisté lourdement sur cet aspect. Répondant à une question du conseil de la recourante, au sujet de sa vie sociale, elle savait qu'elle avait des connaissances et des amis dans le quartier où elle vit et qu'elle entretenait des contacts avec sa famille, notamment ses parents; elle ne sortait guère de chez elle; lorsqu'elle devait se rendre à un endroit, elle n'empruntait pas les transports publics, mais faisait volontiers appel à un tiers, qui la véhiculait. Quant à la fréquence de ses consultations, elle se situait à raison d'une fois tous les deux mois. Hormis sa gynécologue, elle n'était pas certaine qu'actuellement, elle soit suivie par d'autres médecins, notamment sur le plan psychiatrique.

La Dresse D_____ a indiqué qu'elle n'était plus la gynécologue traitante de la recourante. Elle l'avait suivie d'octobre 2015 à décembre 2018. C'était le choix de la patiente de mettre un terme à ce suivi. Elle a confirmé avoir rempli la pièce 98 - dossier OAI - en décembre 2018 à la demande du médecin traitant de la patiente. Elle confirmait les diagnostics qui y figurent. Elle n'avait jamais estimé que la patiente était incapable de travailler; lorsque la patiente l'avait consultée, elle était déjà en arrêt de travail pour diverses raisons médicales; c'était la raison pour laquelle elle n'avait jamais pris position par rapport à une capacité de travail de cette patiente. Sur le plan gynécologique, elle pensait que la recourante était capable de travailler, au degré des atteintes qu'elle avait diagnostiquées, et dont la mention figurait dans son attestation médicale. La patiente était dans le secrétariat sauf erreur. En fonction de ses plaintes, car elle indiquait ne pas pouvoir rester de façon durable en position assise, elle n'était probablement pas capable de travailler

à 100 % dans une telle position, de sorte que l'on aurait dû envisager des aménagements dans le poste de travail ou dans le type d'activités. Du moment qu'elle se plaignait de douleurs, le témoin pensait qu'elle aurait dû bénéficier d'aménagements d'horaires par exemple, ou de la possibilité de changer de position pendant son travail. S'agissant des traitements, la patiente ne souhaitait pas se voir prescrire de médicaments, en l'occurrence des traitements hormonaux. Dans son cas, c'est plutôt une approche chirurgicale qui se justifierait; elle en avait discuté avec la patiente, mais celle-ci ne souhaitait pas non plus être traitée de cette manière. En résumé donc, elle n'avait pas pu mettre le moindre traitement en place avec cette patiente. Elle a confirmé que lorsque la patiente l'avait consultée, elle avait déjà été suivie préalablement pour ces mêmes affections, mais à ce moment-là elle n'avait pas non plus suivi de traitement pour ces atteintes. Elle a confirmé que pendant trois ans, elle n'avait pu mettre en place aucun traitement avec elle. Sur question du conseil de la recourante, elle a indiqué que les traitements chirurgicaux proposés dans ce genre de cas peuvent consister soit dans l'ablation des fibromes ou, par rapport à l'endométriose, à l'ablation des adhérences; si la patiente avait accepté cette proposition, il aurait été procédé en même temps à ces deux aspects, de sorte qu'elle pouvait dire que ce genre d'interventions est complexe. Cela pourrait effectivement engendrer des complications. On ne peut toutefois pas dire qu'il y ait un risque vital majeur. Une autre forme de chirurgie possible consisterait dans l'ablation complète de l'utérus. Sur question du conseil de la recourante, sous point 1.4 du rapport du 14 décembre 2018, elle avait évoqué à l'anamnèse des symptômes d'algies pelviennes majeures, de douleurs sur adhérences, d'hyperménorrhées, et de dyspareunies; ces symptômes étaient tous en relation avec les affections dont elle avait mentionné les diagnostics.

Me MATHEY-DORET, conseil de la recourante, a pris note que la chambre de céans interpellerait l'OAI pour qu'il s'exprime complémentairement sur la question du point de départ (mars 2018) de la réduction de la rente, par rapport aux avis du SMR qui situaient l'amélioration de l'état de santé à novembre 2018.

29. Par courrier du 1er décembre 2020, la chambre de céans a interpellé l'OAI : au vu de la décision entreprise, au terme de laquelle la rente allouée était réduite dès le mois de mars 2018, mais également au vu des avis du SMR des 4 septembre 2019 et 21 janvier 2020, ainsi que, dans la mesure utile, des écritures de réplique de la recourante du 19 février 2020, l'intimé ne s'était pas prononcé, respectivement n'avait pas indiqué sur quelle base il s'était fondé pour déterminer, à fin février 2018, la prise en compte de la supposée amélioration de l'état de santé de la recourante, pour fixer à mars 2018 le mois à dater duquel l'amélioration évoquée entraînait la réduction de la rente.

30. L'intimé, par courrier du 10 décembre 2020, a produit un avis du SMR, du 10 décembre 2020, expliquant par le détail l'amélioration de l'état de santé de la recourante survenue en novembre 2018.

Le SMR rappelle ce qui suit dans l'avis médical susmentionné : dans son rapport final du 4 septembre 2019, il avait conclu à une incapacité de travail entière du 15 septembre 2014 à octobre 2018, puis 50 % dès novembre 2018 dans une activité adaptée aux LF, ces dernières étant d'ordre somatique (connectivite indifférenciée et endométriose stade III-IV). Le SMR s'était basé sur les conclusions des expertises, rhumatologique de novembre 2018 et psychiatrique de juillet 2019, ainsi que sur un entretien téléphonique avec la généraliste traitante. La décision du 14 novembre 2019 accordait une rente entière (degré d'invalidité de 100 %) dès le 1er avril 2016, et une demi-rente (degré d'invalidité de 50 %) dès le 1er mars 2018. Il a expliqué comme suit les bases sur lesquelles il avait déterminé que l'assurée présentait une CT de 50 % dès novembre 2018 : dans son expertise de novembre 2018, l'expert rhumatologue ne retenait pas de LF rhumatologiques, l'assurée ne présentant pas de signes de synovite à l'examen clinique, et l'anamnèse relevant qu'elle pouvait se déplacer aisément, monter les escaliers, faire du jardinage entre autres. Il estimait que la CT était entière dans son activité, laquelle était adaptée. Toutefois, il ne spécifiait pas depuis quand la CT était entière, ni depuis quand l'état de santé était stabilisé. Dans son rapport d'expertise de juillet 2019, l'expert psychiatre ne retenait pas de LF psychiatriques, en se basant sur l'examen clinique et sur la description de la vie quotidienne de l'assurée. Il annonçait toutefois que la patiente présentait une amélioration de son état de santé, et il retenait que celle-ci datait d'au moins janvier 2018 : « sur le plan de l'évolution, nous voyons l'assurée s'améliorer ces dernières années. D'après le rapport du Dr K_____ en 2017, et aujourd'hui, nous avons une assurée qui est capable de se gérer elle-même et de mener des occupations, ainsi que d'être inscrite dans un environnement social. Il n'y a aucun comportement suicidaire, ni d'idées suicidaires, les symptômes dépressifs et anxieux sont pratiquement amendés, puisqu'il n'y a plus de critère pour un trouble d'anxiété généralisée » (Rapport d'expertise p. 25). Le SMR avait en outre eu un entretien téléphonique le 30 août 2019 avec la généraliste traitante, qui avait évalué que la CT de sa patiente ne pouvait pas dépasser 50 % ; ainsi, le SMR avait suivi l'avis du médecin traitant, notamment en raison de la présence d'un problème gynécologique associé au problème de connectivite. Ensuite, le service médical avait choisi comme date d'amélioration de la santé, non pas le 1er janvier 2018 comme le proposait l'expert psychiatre, mais novembre 2018, car l'assurée avait eu durant l'année 2018 des problèmes gynécologiques et obstétricaux jusqu'en octobre 2018 (deuxième fausse couche), motivant une incapacité de travail totale. Lors de l'expertise rhumatologique, il avait été mis en évidence que l'état de santé de l'assurée était stabilisé. Ainsi le SMR avait-il conclu à une CT exigible de 50 % dès novembre 2018, mais une amélioration de l'état de santé était déjà présente dès janvier 2018.

31. La recourante s'est prononcée sur l'avis du SMR susmentionné par courrier de son conseil du 8 janvier 2021. Elle ne partageait pas le point de vue du SMR : ni l'expertise psychiatrique, ni l'expertise rhumatologique – dont les conclusions demeuraient contestées – n'attestaient d'une amélioration de son état de santé. À

l'inverse de ce qu'avançait le service médical de l'intimé, la Dresse B_____ avait toujours considéré que l'incapacité de travail de la recourante était totale, comme elle l'avait expliqué lors de son audition du 30 novembre 2020. Au sujet de l'entretien téléphonique avec le SMR, la généraliste traitante avait bien expliqué qu'elle ne partageait pas l'avis de celui-ci, mais qu'elle s'était résignée à acquiescer à sa proposition, dès lors que le SMR lui avait indiqué qu'il ne pouvait proposer qu'une demi-rente au maximum, en se disant « une demi-rente valait mieux que rien du tout ». Partant, rien dans le dossier ne permettait de retenir que l'état de santé de la recourante se serait amélioré au point de justifier une réduction des prestations.

32. Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière au-delà de février 2018, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'était amélioré – et dans l'affirmative depuis quand et dans quelle mesure –; en d'autres termes de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a réduit la rente entière ordinaire - basée sur un degré d'invalidité de 100 % - qu'il avait allouée à la recourante depuis avril 2016, à hauteur d'une demi-rente ordinaire - basée sur un degré d'invalidité de 50 % - dès mars 2018.

6. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en

particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

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 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 1er janvier 2008).

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

9. 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).

10. 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

11. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

    L'art. 17 al. 1 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 134 V 131 consid. 3; ATF 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 ; ATF 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 des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références).

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

13. 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).

14. 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 :

    a. 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c. 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; 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).

d. 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).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

15. En l'espèce, la recourante fait grief à l'OAI d'avoir mené une instruction médicale ne respectant pas les exigences de la jurisprudence. Elle estime que dans sa situation médicale complexe, impliquant des affections multiples relevant d'au moins trois spécialités présentant indéniablement des interactions entre elles, l'intimé ne pouvait se contenter d'ordonner dans un premier temps une expertise mono-disciplinaire, en l'espèce la rhumatologie, puis une seconde expertise mono-disciplinaire en matière psychiatrique, sans synthèse interdisciplinaire. Elle faisait grief à l'intimé d'avoir retenu, sur la base du seul avis contesté de médecins non-spécialistes, que le caractère invalidant des troubles gynécologiques ne dépasserait pas 50 % depuis novembre 2018. Ainsi l'intimé ne pouvait-il réduire la rente sans ordonner une expertise pluridisciplinaire, gynécologique, rhumatologique et psychiatrique. Il s'agit donc d'examiner, dans un premier temps, le mérite de cette argumentation.

    Comme l'a relevé l'intimé, contrairement à ce que soutient la recourante, la manière dont l'intimé a instruit le dossier, sur le plan médical, n'est pas contraire à la jurisprudence. En effet, selon le Tribunal fédéral (arrêt 9C_282/2012 et ref. citées - jurisprudence citée par l'OAI dans ses écritures -) si, dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, la CT devrait, idéalement, faire l'objet d'une appréciation globale de synthèse fondée sur un consilium entre les experts, une telle discussion interdisciplinaire de synthèse ne constitue toutefois pas une condition nécessaire pour la valeur probante de chacun des rapports médicaux particuliers, dans la mesure où les appréciations respectives – effectuées dans les règles de l'art et ne comportant pas en soi de contradictions – sont compatibles les unes avec les autres. Dans la cause soumise à l'appréciation de la Haute Cour, en résumé, la recourante souffrait notamment de gonalgies droites chroniques persistantes limitant à 50 % sa capacité de travail dans une activité adaptée; elle avait ainsi été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, réduite ensuite à un quart de rente. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée quelques années plus tard, l'assurée avait invoqué une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force. Étant entré en matière, l'OAI avait soumis l'assurée à une expertise

neurologique (mono-disciplinaire). L'expert neurologue avait diagnostiqué une gonarthrose interne droite débutante sur status après méniscectomie arthroscopique, compliquée d'une arthrofibrose ayant nécessité une libération arthroscopique en 2003, des troubles dissociatifs (de conversion) mixtes du membre inférieur droit, un état dépressif probable ainsi que des cervicalgies et lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques dégénératifs, un syndrome somatoforme douloureux n'étant pas exclu; sur le plan somatique, en particulier neurologique, l'expert indiquait que la situation était inchangée par rapport à la décision précédente, la CT et les LF étant les mêmes qu'à l'époque; ces limitations avaient cependant subi une péjoration probable au plan psychique et mental et devaient être réévaluées. Ainsi, sur la base des conclusions de l'expert neurologue, l'OAI avait dès lors mis en place une expertise psychiatrique (mono-disciplinaire). L'expert psychiatre avait diagnostiqué un trouble somatoforme et un épisode dépressif léger avec syndrome somatique n'entraînant aucune diminution de la CT de l'assurée. En substance et sur cette base, l'OAI avait maintenu le droit à un quart de rente, en niant l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'intéressée.

Dans le cas d'espèce, force est de constater que l'OAI, comme dans le cas de jurisprudence susmentionné, a procédé de la même manière, et du reste pour les mêmes motifs : en effet, c'est sur la base des conclusions de l'expert rhumatologue, pour qui l'ensemble des constatations qu'il avait faites évoquaient le diagnostic de fibromyalgie que l'OAI, suivant les recommandations du SMR, a mis en place une seconde expertise, mono-disciplinaire, psychiatrique. Ainsi, la manière dont l'OAI a procédé n'apparaît pas critiquable, d'autant qu'une expertise pluridisciplinaire ne s'imposait pas d'emblée. Ce grief est dès lors infondé.

16. Ainsi, s'agit-il dès lors de déterminer si les expertises rhumatologique et psychiatrique peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante, à teneur des principes de jurisprudence rappelés ci-dessus (consid. 14).

a. S'agissant de l'expertise rhumatologique du Dr M_____, la chambre de céans considère qu'elle réunit toutes les conditions de forme et de fond pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été effectuée par un spécialiste reconnu - du reste désigné parmi les spécialistes proposés par la recourante -, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'une anamnèse complète, après qu'il ait examiné personnellement l'assurée, recueilli ses plaintes et procédé à tous les examens complémentaires utiles; il a discuté de manière approfondie toutes les questions pertinentes, recherché et identifié les diagnostics entrant en ligne de compte, se prononçant dans la mesure utile sur ceux retenus par d'autres médecins ayant eu connaissance du cas, expliquant les raisons pour lesquelles il n'en retenait pas certains, et aboutissant à des conclusions claires et cohérentes, après avoir répondu à toutes les questions posées. Dans son recours, l'assurée se borne à relever que l'expert rhumatologue a, en substance, estimé que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie rhumatologique invalidante, et qu'elle conteste les conclusions de cette expertise (§ « correspondant » – car non chiffré -, au ch. 9 de son offre de

preuve p. 3). C'est toutefois en vain que l'on rechercherait dans la suite des écritures de la recourante en quoi elle conteste les conclusions de cet expert. Ce n'est pas davantage dans les documents produits, émanant de ses médecins traitants, que l'on trouve trace de contestation des conclusions du Dr M_____. D'ailleurs, la généraliste traitante, entendue par la chambre de céans et expressément interrogée sur la question de savoir si elle avait eu connaissance des rapports d'expertise (rhumatologique et psychiatrique), a répondu par l'affirmative, observant qu'elle n'avait guère fait que les survoler; et à la question de savoir si elle avait des commentaires à faire au sujet de ces expertises, elle n'a fait aucun commentaire au sujet de l'expertise rhumatologique.

b. S'agissant de l'expertise du Dr N_____, l'expert retient les éléments suivants, par rapport au suivi psychiatrique de l'assurée : elle avait été prise en charge en raison de gestes suicidaires en 2009 au Centre de thérapies brèves (Dr I_____). L'expert remarque que c'est à ce moment-là que la patiente avait été diagnostiquée avec un trouble de déficit de l'attention (TDAH); par la suite, une prise en charge de 2015 à 2018 était effectuée par le Dr K_____, avec psychothérapie déléguée. L'expert se référait au seul rapport de ce psychiatre figurant au dossier (3 septembre 2017), mentionnant que l'on savait que ce suivi s'était terminé en 2018 à la demande de l'assurée, qui avait repris ailleurs (il note – ch. 3.2.8 p. 18 – qu'après la suite de la prise en charge par le Dr K_____ et de la psychologue en 2018, et voyant que la psychologue était plutôt dépassée, l'assurée avait changé en favorisant un thérapeute jungien, le Dr O_____, dès janvier 2019). L'expert indique (ch. 5 informations éventuelles fournies par des tiers) avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr O_____ le 6 août 2019 : ce confrère suivait sa patiente depuis décembre 2018 à une fréquence hebdomadaire; elle était cependant souvent malade, indisponible, parfois la fréquence des consultations était perturbée. Il prodiguait une thérapie TCC et systémique. Dans ce cas plus précisément, une psychothérapie humaniste avec pour but du thérapeute une acceptation de la situation de sa patiente mais aussi ici le risque de ne pas la remettre en cause. L'alliance thérapeutique marchait et cela était son premier but. Ce psychiatre n'avait pas de diagnostic spécifique. La suite thérapeutique avait pour but de mobiliser des ressources bloquées dans un mélange de troubles entre un trouble de la personnalité mixte et un TDAH. Le but était de la stabiliser, la soulager sur le plan somatique - ce qui dépassait la spécialité du psychiatre -, et d'éviter la marginalisation. Le psychiatre traitant ne retenait pas de trouble délirant, remarquant que sa patiente était intelligente et forte en administration, mais que parfois elle touchait la limite paranoïaque, parlant d'activités de mafia et de trafic de drogue dans son immeuble; aucun traitement n'était prescrit : il en avait parlé avec elle, mais sa patiente était résolument contre; elle ne voulait rien entendre concernant la Ritaline; le Dr O_____ avait proposé un SSRI, mais pas un antipsychotique. Elle l'avait refusé également. À la limite, le problème du THC devrait être plus ciblé, mais là encore le problème de confrontation avec sa patiente existait également.

Sur le plan de l'évolution, l'expert retenait une amélioration de l'assurée, ces dernières années. Depuis le rapport du Dr K_____ en 2017, l'expert remarquait aujourd'hui être en présence d'une assurée capable de se gérer elle-même et de mener des occupations, ainsi que d'être inscrite dans un environnement social. Il n'y avait aucun comportement suicidaire ni d'idées suicidaires et les symptômes dépressifs et anxieux s'étaient pratiquement amendés, puisqu'il n'y avait plus de critères pour un trouble d'anxiété généralisée. Subsistait le trouble de déficit de l'attention, versus trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Dans le cas du trouble de déficit de l'attention avec une forte composante hyperactivité/impulsivité, l'assurée pourrait bénéficier d'un traitement psychostimulant sous forme de Ritaline ou dérivés. Ce traitement n'avait pas été essayé depuis 10 ans, tout en sachant que d'autres traitements existent outre la Ritaline, et seraient indiqués. À noter que ce type de troubles a tendance à être chronique et que le traitement pharmacologique adapté est le seul moyen d'obtenir une rémission. Le trouble de la personnalité restait un diagnostic différentiel à surveiller, mais ne remplissait pas les critères nécessaires. L'assurée pourrait intégrer un projet de réadaptation professionnelle, mais sa CT était pleine dans son activité habituelle. Dans la discussion, et l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a relevé qu'il n'y avait pas d'impact majeur sur tous les domaines de la vie de manière comparable. Plus précisément, la vie privée et sociale semblait fonctionner; c'était la vie professionnelle qui était en panne en raison d'une absence de volonté de reprendre une activité, chez une personne capable pendant plusieurs mois de fonctionner à l'hospice, ou même d'aller chercher dans les poubelles, ce qu'elle continuait à faire, d'après elle. Les limitations fonctionnelles évoquées par l'assurée étaient nulles sur le plan psychiatrique; l'expert comprenait les arguments du Dr O_____, mais l'assurée présentait avant tout un manque de volonté à intégrer un processus pour améliorer son intégration dans une activité professionnelle, refusant le traitement psychotrope de fond. Il n'y avait pas de divergence entre l'atteinte clinique et la description clinique, si ce n'est que l'expert évaluait certaines limitations comme étant un peu plus marquées que ce que l'assurée essayait de dire en idéalisant sa situation sur certains points spécifiques. Il faisait référence aux éventuelles difficultés relationnelles avec un environnement professionnel, une hiérarchie, une équipe.

L'expert a retenu le diagnostic avec répercussion sur la CT de perturbation de l'activité et de l'attention (F.90) et, sans répercussion sur la CT, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1). Il précise, en ce qui concerne l'interaction entre diagnostics, que la consommation de cannabis augmente les difficultés de concentration retrouvées dans le trouble de déficit de l'attention, et retient que le sevrage de ce toxique est exigible, afin de confirmer avec certitude le diagnostic de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, qui ne devrait pas pouvoir être posé en présence d'une prise d'un toxique comme un dérivé de THC. Il évoque encore, dans le cadre de la discussion de diagnostic différentiel, que les éléments suggérant le

trouble de la personnalité borderline avec un profil impulsif marqué, une instabilité d'humeur, des antécédents d'automutilation et des éléments paranoïaques, sont néanmoins mieux expliqués par le trouble de déficit de l'attention, ne remplissant pas les critères suffisants pour un trouble de la personnalité. Toutefois, au vu de ces constatations, et de l'évolution de l'assurée, il considère qu'en dépit du diagnostic incapacitant retenu, la CT est entière, les difficultés de la recourante étant principalement liées à un caractère qui se refuse à tout avenir professionnel, sa seule attente étant celle de pouvoir obtenir de l'argent de l'assurance-invalidité pour pouvoir sortir de l'hospice qu'elle aurait également attaqué. Il observe également qu'en dépit du diagnostic effectué en 2009, il n'y avait pas de déficit de l'attention marqué lors de son évaluation, ce qui ne générait donc pas de limitation particulière.

À l'instar de l'expertise rhumatologique, la chambre de céans considère que l'expertise psychiatrique du Dr N_____ réunit toutes les conditions de forme et de fond pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été effectuée par un spécialiste reconnu - du reste désigné parmi les spécialistes proposés par la recourante -, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'une anamnèse complète, après avoir examiné personnellement l'assurée, recueilli ses plaintes et avoir procédé à tous les examens complémentaires utiles, discuté de manière approfondie toutes les questions pertinentes, recherché et identifié les diagnostics entrant en ligne de compte, se prononçant dans la mesure utile sur ceux retenus par d'autres médecins ayant eu connaissance du cas, expliquant les raisons pour lesquelles il n'en retenait pas certains et aboutissant à des conclusions claires et cohérentes, après avoir répondu à toutes les questions posées.

Dans son opposition, l'assurée s'en prenait à l'expertise psychiatrique, s'interrogeant notamment sur les raisons pour lesquelles l'expert avait pu écrire - suivant en cela ce que lui avait dit son ancien psychiatre (Dr K_____) - qu'elle allait mieux et qu'elle aurait arrêté la psychothérapie au début 2018, alors qu'en cours d'expertise elle avait indiqué à l'expert qu'elle était encore suivie par le Dr O_____ à l'époque de l'expertise. Elle se demandait qui pourrait s'abstenir de suivi psychiatrique suite à la perte de deux enfants consécutivement. La recourante perd toutefois de vue que ces griefs ne correspondent pas à la réalité : ainsi, (p. 25 ch. 7.2) au sujet de l'évaluation de l'évolution de la patiente jusqu'au jour de l'expertise, le Dr N_____ a retracé l'histoire de l'assurée sur le plan de sa prise en charge psychiatrique : après 2009 et le diagnostic du trouble de déficit de l'attention, il mentionne la prise en charge du Dr K_____ entre 2015 et 2018 (psychothérapie déléguée), puis dès le début 2019 (en réalité un peu avant, décembre 2018), la prise en charge de la patiente en psychothérapie à raison d'un rendez-vous par semaine par le Dr O_____ et un traitement sur base de naturopathie sous la forme de millepertuis, en cours; loin de ne pas tenir compte de ce que lui avait précisé l'expertisée, au sujet de son traitement actuel, il s'était entretenu avec le Dr O_____, par téléphone, le 6 août 2019 (rapport p. 21 ad 5.). L'amélioration de l'état de santé sur le plan

psychiatrique, constatée par l'expert, repose non seulement sur ses propres constatations : prenant comme point de départ le rapport du docteur K_____ en 2017, l'expert a confronté l'état décrit à l'époque avec son propre examen, mais il a également tenu compte des éléments rapportés par le Dr O_____, et de la propre appréciation de l'expertisée qui lui avait elle-même indiqué avoir décidé au début 2018, de mettre fin à la thérapie suivie jusqu'alors et de commencer un autre type de thérapie (auprès du Dr O_____), (l'expertisée) décrivant une « amélioration ces derniers mois » (voir rapport d'expertise ad ch. 8.1. d p. 28). Certes l'expert a-t-il, en concordance avec tous les éléments en sa possession, et toujours sur le plan strictement psychiatrique, retenu une reprise de la CT entière, sans aucune limitation, dès le 1er janvier 2018; ceci tient naturellement compte de l'appréciation du précédent psychiatre, qui retenait une incapacité de travail essentiellement d'ordre somatique, avec quelques limitations sur le plan psychiatrique, pour le cas où l'intéressée reprendrait une activité professionnelle. La CT retenue n'est toutefois pas en contradiction avec le fait que la recourante ait cessé de suivre une thérapie pour une autre. Du reste, d'autres éléments du dossier montrent que la transition entre le suivi par le Dr K_____ (y compris le suivi délégué auprès de la psychologue J_____) et celui du Dr O_____ ne s'est pas faite d'un coup, mais progressivement dans le cours de l'année 2018, d'autres éléments du dossier le montrant : le 13 juin 2018, la recourante s'adressait à la gestionnaire de l'OAI, au sujet du rapport médical que l'office sollicitait du psychiatre traitant, et qui n'avait pas répondu : « Concernant le rapport médical au Dr K_____, est-ce un 2ème rapport ? Je ne pense pas qu'il s'en occupera, je ne consulte quasiment plus ». Quoi qu'il en soit, les éventuelles imprécisions concernant certaines dates ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante de ce rapport.

Quant à la généraliste traitante de la recourante, elle a eu connaissance du rapport d'expertise psychiatrique, mais, selon ses explications à la chambre de céans, à l'instar du rapport rhumatologique, elle n'a fait que le survoler; et à la question de savoir si elle avait des commentaires à faire au sujet de ces expertises, elle a observé que s'agissant de l'expertise psychiatrique, hormis le fait que lorsqu'on la voit une seule fois, sa patiente pouvait donner l'impression qu'elle est capable de faire plus que ce qu'elle dit, elle se souvenait qu'au niveau psychiatrique par exemple, son psychiatre de l'époque, le Dr K_____ et la psychologue qui s'en occupaient, mettaient en évidence de nombreux problèmes, en particulier l'anxiété généralisée. Ces vagues considérations ne sont évidemment pas de nature à remettre en cause la crédibilité et la force probante du rapport d'expertise du Dr N_____, qui s'est précisément prononcé, de manière convaincante, par rapport à ce diagnostic d'anxiété généralisée, qu'il ne retenait pas : ceci ressort non seulement de ses propres constatations, mais il s'est en outre expressément prononcé par rapport à ce diagnostic retenu par le Dr K_____ : « nous ne retenons pas un autre diagnostic cité dans les rapports médicaux, et notamment le dernier rapport de 2017 du Dr K_____, qui retenait un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée. L'assurée ne présente pas d'anxiété majeure actuellement et se présente de manière plutôt calme,

mais au contraire de manière plutôt accélérée sur le plan mental pendant l'entretien et dans son retour d'expériences » (rapport d'expertise p. 23 3e §).

En conclusion, la décision entreprise n'est pas critiquable en tant qu'elle se fonde sur les rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique, tous deux probants.

17. La recourante fait encore valoir que l'intimé ne pouvait réduire la rente sans ordonner une expertise pluridisciplinaire, gynécologique, rhumatologique et psychiatrique, afin d'évaluer de manière complète et globale l'ensemble des atteintes à la santé et leurs effets cumulés ou conjugués sur son aptitude à exercer une activité professionnelle. En tout état, il convenait encore de relever que la date du 1er mars 2018, retenue par l'intimé dans sa décision, ne coïncidait pas avec celle de la prétendue amélioration – contestée – de son état de santé, fixée au mois de novembre 2018, comme cela ressort de l'avis du SMR du 4 septembre 2019. Ainsi, indépendamment de la question de savoir si c'était à juste titre que l'intimé réduisait la rente, force était de constater que pareille réduction ne saurait être admise avant le 1er février 2019, soit à l'échéance du délai de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI.

a. Sur la question de la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire, la chambre de céans ne reviendra pas sur ce qui a été dit précédemment (ci-dessus consid. 17).

b. En revanche, toute autre est la question de la date retenue par l'OAI, pour déterminer au mois de mars 2018 l'amélioration durable de l'état de santé de la recourante conduisant à la réduction de la rente d'invalidité entière à une demi-rente dès ce moment-là.

Comme on l'a vu, la chambre de céans a expressément invité l'OAI, - qui ne s'était pas prononcé dans ses écritures sur cette question -, à indiquer à la chambre de céans sur quelle base il s'était fondé pour déterminer à fin février 2018 la prise en compte de la supposée amélioration de l'état de santé de la recourante pour fixer à mars 2018 le mois à dater duquel l'amélioration évoquée entraînait la réduction de la rente selon l'art. 88a al. 1 RAI. La décision entreprise apparaît en effet contradictoire : dans son dispositif, l'OAI indique que « dès le 1er mars 2018 (trois mois après l'amélioration de votre état de santé), vous avez droit à une demi-rente, basée sur un taux d'invalidité de 50 % ». Or, dans l'examen des motifs (« Résultats de nos constatations suite à l'audition »), l'OAI indique qu'à l'échéance du délai d'attente, à savoir septembre 2015, l'incapacité de gain de l'assurée était jugée entière, et par conséquent le droit à une rente entière était ouvert dès cette date. L'intimé poursuit toutefois ainsi : « Suite à une amélioration de votre état de santé, notre office est d'avis que votre capacité de travail est de 50 % dans une activité qui respecte vos limitations fonctionnelles dès novembre 2018 (c'est le soussigné qui souligne). L'activité habituelle d'assistante administrative/aide comptable est adaptée ». Cette considération reposait manifestement sur le rapport final du SMR du 4 septembre 2019, dont il ressortait notamment que selon un entretien téléphonique du médecin SMR avec la généraliste traitante de l'assurée, le 30 août 2019, la CT n'excédait pas 50 % dans une activité adaptée, les limitations

fonctionnelles découlant de la connectivite indifférenciée et de l'endométriose du stade III-IV. L'activité habituelle était possible si dans un tel poste les LF étaient respectées. Le médecin traitant signalait une certaine fragilité psychologique qui restait fluctuante; enfin il était précisé que le médecin traitant était d'accord que cette discussion soit transcrite dans ce rapport. Selon le SMR, il était difficile, autant pour le médecin traitant que pour le SMR, de définir à partir de quand ce 50 % était exigible. En se référant à la totalité des pièces médicales et en dehors des épisodes de fausses couches (avril et octobre 2018), l'état de santé de l'assurée apparaissait suffisamment stabilisé en novembre 2018, référence étant faite (par rapport à cette date) à l'expertise rhumatologique. Sur ce point, le SMR concluait que dans un poste respectant les LF (éviter une activité nécessitant la position assise prolongée, les efforts physiques, privilégier un poste sédentaire ou l'assuré pourrait changer de position à sa guise, sans effort physique ni port de charges), la CT exigible était de 50 % dès novembre 2018, l'activité habituelle d'assistante administrative devant être retenue comme adaptée.

L'intimé a répondu à la chambre de céans, par courrier du 10 décembre 2020, se bornant à indiquer avoir réinterrogé son service médical et en communiquant simplement et sans autre commentaire l'avis du SMR du 10 décembre 2020 « expliquant par le détail l'amélioration de l'état de santé de la recourante survenue en novembre 2018 ».

À la lecture de l'avis du SMR, qui rappelle le dispositif de la décision entreprise, force est de constater que le service médical confirme les bases sur lesquelles, selon lui, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré, l'amenant à retenir que la recourante présentait une CT de 50 % dès novembre 2018. Il rappelle en somme l'essentiel de son rapport final du 4 septembre 2019, et notamment l'entretien téléphonique du 30 août 2019 avec la généraliste traitante, indiquant que cette dernière avait évalué que la CT de l'assurée ne pouvait pas dépasser un 50 % ; il indique qu'ainsi le SMR avait suivi l'avis du médecin traitant, notamment en raison de la présence d'un problème gynécologique associé à celui de la connectivite. Il avait ensuite choisi comme date d'amélioration de l'état de santé non pas le 1er janvier 2018 comme le proposait l'expert psychiatre, mais novembre 2018, car l'assurée avait eu durant l'année 2018 des problèmes gynécologiques et obstétricaux jusqu'en octobre 2018 (deuxième fausse couche), motivant une IT totale. Il rappelle que lors de l'expertise rhumatologique, il avait été mis en évidence que l'état de santé de l'assurée était stabilisé. Enfin, le SMR concluait qu'ainsi il avait retenu une CT exigible de 50 % dès novembre 2018 (*ndr*. : ce qu'il avait d'ailleurs déjà confirmé dans son avis du 21 janvier 2020 – annexé à la réponse de l'intimé au recours). Le SMR ajoute encore : « mais une amélioration de l'état de santé de l'assurée était déjà présente dès janvier 2018 ».

À ce stade, la chambre de céans constate que l'OAI ne s'est finalement pas prononcé sur la question qui lui était posée par la chambre de céans, qui était précisément celle de savoir pourquoi, contrairement à l'avis de son service médical, il avait

retenu le mois de mars 2018, comme celui à dater duquel l'amélioration de l'état de santé de l'assurée entraînait une réduction de sa rente. On peut néanmoins déduire de sa prise de position très concise du 10 décembre 2020 qu'il admet en définitive que l'amélioration de l'état de santé, entraînant selon lui une réduction de la rente, est, comme le retient le SMR, survenue en novembre 2018. Quoi qu'il en soit, cela ne changerait rien par rapport à l'issue du litige (art. 61 let. d LPGA).

La recourante conteste la valeur probante des rapports du SMR, en tant qu'ils se fondent sur les rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique. En substance, elle oppose à l'avis du SMR celui de sa généraliste traitante, en observant que cette dernière l'a toujours considérée comme totalement incapable de travailler, comme elle l'a confirmé lors de son audition par la chambre de céans (le 30 novembre 2020). À cet égard, force est de constater qu'au-delà de l'affirmation de ce que pour elle, la recourante a toujours été totalement incapable de travailler, depuis le début de sa prise en charge, il y a plus de huit ans, soit en tout cas depuis 2015, en fonction des arrêts de travail successifs qu'elle a établis dans le temps, notamment à l'époque pour des raisons d'ordre psychique (notamment anxiété au début de sa prise en charge), ou relevant de problèmes rhumatologiques ou de douleurs en lien avec les problèmes gynécologiques également pris en compte dans le cadre de ce dossier (avis des spécialistes et experts qui ont eu à connaître du cas de la recourante), elle n'a pas justifié son avis sur cette incapacité totale de travail, de façon objective; elle a confirmé devant la chambre de céans ne pas pouvoir attribuer à une atteinte particulière cette incapacité de travail totale et permanente, affirmant en revanche qu'elle ne voyait manifestement pas sa patiente reprendre un travail. Ce genre de considérations toutes générales ne permet pas de mettre en doute l'avis des autres médecins, et en particulier les conclusions et avis des experts rhumatologue et psychiatre, et pas même de la gynécologue traitante (Dresse D_____), ayant suivi la recourante d'octobre 2015 à décembre 2018. Cette dernière, entendue par la chambre de céans, a indiqué qu'elle n'avait jamais estimé que la patiente était incapable de travailler, précisant que lorsque la recourante l'avait consultée, elle était déjà en arrêt de travail pour diverses raisons médicales; raison pour laquelle elle n'avait jamais pris position par rapport à une CT de sa patiente. Elle ajoute d'ailleurs que sur le plan gynécologique, elle pensait que la patiente était capable de travailler, au degré des atteintes diagnostiquées, mentionnées dans son attestation médicale. Elle a d'ailleurs précisé qu'en fonction des plaintes de la patiente, qui lui indiquait ne pas pouvoir rester de façon durable en position assise, elle n'était probablement pas capable de travailler à 100 % dans une telle position, de sorte que l'on aurait dû envisager des aménagements dans le poste de travail ou dans le genre d'activité, voire dans les horaires, dès lors qu'elle se plaignait de douleurs; elle pensait que sa patiente aurait dû bénéficier d'aménagements d'horaires ou de la possibilité de changer de position pendant son travail. La Dresse D_____ a également observé que pendant toute sa prise en charge, elle n'avait jamais pu mettre en place le moindre traitement, que ce soit sur le plan médicamenteux ou chirurgical, car la patiente se refusait à tout traitement.

La généraliste traitante n'a, au final, pas convaincu la chambre de céans, lors de son audition, montrant bien plutôt qu'elle attachait une importance prépondérante à la relation de confiance nécessaire dans le cadre d'un mandat thérapeutique plutôt qu'à une approche objective, - comme celle qui est attendue d'un expert, le rôle des uns et des autres n'étant pas le même, comme le rappelle la jurisprudence citée précédemment. Elle n'a notamment pas convaincu, lorsqu'elle évoquait l'entretien téléphonique qu'elle avait eu avec sa consœur du SMR, affirmant à cet égard que, bien qu'elle n'ait pas « nécessairement » partagé les conclusions des experts, - sans dire en quoi -, elle aurait finalement acquiescé à la proposition de sa consœur de reconnaître une capacité de travail ne dépassant pas 50 %, « en se disant qu'une demi-rente valait mieux que rien du tout »; alors que d'un autre côté, questionnée à ce sujet, elle avait affirmé dans un premier temps que sa patiente ne lui avait jamais vraiment parlé de ses attentes par rapport à l'assurance-invalidité, pour se raviser immédiatement après, indiquant, en prenant la chambre de céans à témoin, que s'agissant de cette patiente, « nous sommes quelque peu noyés dans les informations qu'elle donne, de sorte que je dois quelque peu nuancer ce que je viens de dire, en ce sens qu'elle m'a peut-être parlé de certaines de ses attentes par rapport à l'AI, mais l'impression que j'ai, c'est qu'elle n'a jamais vraiment insisté lourdement sur cet aspect ».

c. Il résulte enfin de l'ensemble des pièces médicales du dossier, et contrairement à ce que prétend la recourante, qu'à tout le moins dès novembre 2018, son état de santé s'était largement amélioré, notamment par rapport aux causes énoncées par la généraliste traitante, qui pour elle, à l'époque, avaient justifié une incapacité totale de travail, reconnue pour cette période-là par l'OAI, qui lui a octroyé une rente entière, mais qui n'était plus justifiée, tant sur le plan rhumatologique, que psychiatrique et gynécologique par la suite, soit dès novembre 2018. Il apparaît ainsi crédible, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le SMR, comme il l'a écrit et répété, a pris en compte, pour fixer la CT de l'assurée, dès ce moment-là, l'avis de la généraliste traitante qui, après discussion, considérait que la CT résiduelle de la patiente ne pouvait dépasser 50 %.

18. Au vu de ce qui précède, la décision entreprise, qui fixe le *dies a quo* de l'amélioration durable de l'état de santé de la patiente ayant pour effet une réduction de la rente à une demi-rente, dès le 1er mars 2018 (trois mois après l'amélioration constatée au sens de l'art. 88a al. 1 RAI) ne repose sur aucun élément fiable du dossier (qui aurait fixé le début de cette amélioration trois mois avant mars 2018, soit à fin novembre 2017).

19. La chambre de céans considère dès lors qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé de la recourante s'est amélioré dès le courant du mois de novembre 2018, et c'est dès lors, en application de l'art. 88a al. 1 RAI dès le 1er mars (et non pas dès le 1er février) 2019, comme l'a soutenu par erreur la recourante (ch. 19 de son recours et repris dans ses écritures ultérieures) que la réduction de la rente entière à une demi-rente se justifiait.

20. En conclusion, le recours sera partiellement admis. La décision entreprise sera dès lors modifiée en ce sens que la réduction de la rente entière (accordée à l'assurée dès le 1er avril 2016, basée sur un taux d'invalidité de 100 %) à une demi-rente est fixée dès le 1er mars 2019, et non pas dès le 1er mars 2018.

21. La recourante, assistée d'un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité 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]), arrêtée en l'espèce à CHF 2'000.-.

22. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument (art. 69 al. 1bis LAI), arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Modifie la décision de l'intimé du 14 novembre 2019 en ce sens que la réduction de la rente entière (accordée à l'assurée dès le 1er avril 2016, basée sur un taux d'invalidité de 100 %) à une demi-rente est fixée dès le 1er mars 2019, et non pas dès le 1er mars 2018; la confirme pour le surplus.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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