RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/731/2019 **ATAS/614/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 juin 2021

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS — recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1975, a travaillé dans la restauration en tant que serveuse depuis 2001. Le 1er février 2008, elle a été engagée en tant qu'employée de boulangerie à Genève, à temps plein. À compter du 11 février 2015, elle s'est retrouvée en arrêt de travail à 100%.

2. Dans un rapport du 22 mai 2015, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Les premiers symptômes étaient apparus en 2010 et l'assurée avait pris à plusieurs reprises des traitements antidépresseurs. Elle était en arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée.

3. Le 28 mai 2015, une annonce de détection précoce a été faite à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) par l'assureur perte de gain de l'employeur.

4. À teneur du procès-verbal d'entretien qui s'est tenu le 25 juin 2015 dans les locaux de l'OAI, l'assurée souffrait depuis de longues années d'un état dépressif. Elle avait fait une première tentative de suicide en 2006 à la suite d'un licenciement, une seconde en 2010 dans le cadre de son divorce et une troisième en 2015 à la suite de son dernier licenciement, qui l'avait mise en état de choc. Elle était totalement perdue et avait pris des médicaments à son retour à domicile. Une amie l'avait retrouvée. Depuis, elle ne dormait pas, pleurait, était en colère, angoissée et ne sortait plus.

5. L'assurée a déposé une demande de prestations le 3 juillet 2015.

6. Dans un rapport du 13 novembre 2015, la Dresse B_____ a confirmé le diagnostic précédemment retenu et l'incapacité totale de travail à compter du 11 février 2015.

   L'assurée, d'origine portugaise, avait quitté son pays à 18 ans pour échapper à la violence grave dont elle était victime depuis ses 10 ans. Elle s'était vite intégrée en Suisse et avait travaillé dans la restauration. Elle avait traversé plusieurs épisodes dépressifs qui avaient pu être gérés en ambulatoire. Le dernier – sévère -, consécutif au mobbing dont elle disait avoir été l'objet et au licenciement qui avait suivi, avait nécessité une hospitalisation à la Clinique de Montana.

   Elle présentait une thymie dépressive, une perte de l'élan vital, des troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi que des troubles mnésiques. L'idéation suicidaire était toujours présente. L'assurée avait beaucoup de ressources, mais n'était pas encore en état de reprendre une activité professionnelle. Les limitations consistaient en une fatigabilité, des troubles mnésiques et de la concentration, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur. On ne pouvait s'attendre en l'état à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.

7. Dans un rapport du 13 novembre 2015, suite au séjour de l'assurée à la Clinique de Montana, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a également retenu le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode sévère. Les diagnostics secondaires étaient, notamment, un déconditionnement général, des vertiges, une suspicion de trouble de la personnalité borderline, des épigastralgies et une perturbation du bilan hépatique.

8. Une expertise psychiatrique de l'assurée a été menée à la demande de l'assureur perte de gain maladie de son employeur.

   Dans son rapport du 25 novembre 2015, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics suivants : épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, désormais en rémission partielle (F33.2), symptomatologie dépressive moyenne (F33.11) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, en utilisation continue (F13.25). Etaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et une accentuation de certains traits de la personnalité, ainsi que des traits de la personnalité émotionnellement labile, non décompensés (Z73.1).

   Selon le Dr D_____, l'épisode dépressif sévère était réactionnel à un mobbing selon l'anamnèse. La symptomatologie avait été aggravée en octobre 2015 par un harcèlement sur internet (divulgation du dossier médical et autres informations) par l'amie de l'ex-compagnon de l'assurée. La symptomatologie dépressive était désormais d'intensité moyenne ; la situation se compliquait par une dépendance aux benzodiazépines et par des traits de la personnalité émotionnellement labile, non décompensés.

   Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, y compris du déconditionnement de l'assurée, l'expert a estimé que sa capacité de travail était nulle. En cas de poursuite de l'évolution positive objectivée, une reprise médico-théorique dans la même profession auprès d'un autre employeur ou du chômage serait envisageable à hauteur de 50% du 1er février 2016 au 29 février 2016 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 1er mars 2016. Ce programme nécessitait le maintien d'un traitement antidépresseur à des taux cliniques et, surtout, un sevrage aux benzodiazépines, exigible d'un point de vue assécurologique. En cas de décompensation des traits de la personnalité ou d'aggravation thymique, une hospitalisation devrait être envisagée et les arrêts maladie poursuivis.

9. Le 29 janvier 2016, la Dresse B_____ a noté une amélioration de l'état de santé de sa patiente depuis le 12 janvier 2016 (date de sortie de la Clinique de Montana). La sévérité de la dépression était désormais moyenne, mais l'assurée avait néanmoins beaucoup de difficultés à mobiliser ses ressources. Vu son état, des mesures de réinsertion professionnelle devaient être mises en place. La capacité de travail était toujours nulle.

10. Le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin au service médical régional (ci-après : SMR) de l'AI, a suggéré de demander à la Dresse B_____ de se déterminer quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité strictement adaptée après avoir pris connaissance du rapport d'expertise.

11. Il ressort d'une note au dossier du 11 mars 2016 que l'assurée a fait une nouvelle tentative de suicide en date du 13 décembre 2015 par médicament, suivie d'un nouveau séjour aux HUG et à la Clinique Montana, du 23 décembre 2015 au 12 janvier 2016.

12. Le 24 mars 2016, la Dresse B_____ a répondu que les limitations fonctionnelles étaient consécutives à la fragilité psychique et au ralentissement psychomoteur de sa patiente. À la suite du mobbing subi sur son lieu de travail, celle-ci avait perdu confiance en elle ; en raison de son ralentissement psychique, elle rencontrait beaucoup de difficultés à chercher des solutions à sa situation. Elle investissait bien sa psychothérapie et son état s'améliorait lentement, mais progressivement. Sa capacité de travail était de 50% à compter du 1er avril 2016.

13. Le 19 août 2016, la Dresse B_____ a informé que l'assurée était désormais suivie par la Clinique Belmont où elle avait été admise le 9 mai 2016, plus particulièrement par le docteur F_____(spécialiste FMH en médecine interne générale) et son équipe.

14. Dans un rapport du 5 septembre 2016, le Dr F_____ a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) évoluant depuis 1996, de trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne (F33.1), évoluant depuis 2001 et de syndrome de dépendance sévère aux benzodiazépines, en rémission relative (F13.2), évoluant depuis 2001.

    Était également mentionné, à titre de diagnostic non incapacitant, un prolactinome hypophysaire, évoluant depuis 2014.

    L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 1er février 2015 et le pronostic était en l'état médiocre s'agissant d'une reprise professionnelle ; il dépendait de la poursuite de la psychothérapie individuelle et groupale. Les restrictions étaient entièrement d'origine psychiatrique et en relation avec les diagnostics retenus.

    On pouvait espérer une reprise de l'activité professionnelle, mais à une date indéterminée.

15. Dans un rapport du 2 décembre 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et également praticien à la Clinique Belmont, a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité spécifique (F60.3) et trouble anxio-dépressif majeur (F41.2).

    L'humeur de l'assurée était améliorée, mais les troubles anxieux et dépressif restaient cependant importants ; le problème de la personnalité avait peu évolué.

L'incapacité de travail restait totale et le suivi spécialisé indispensable.

16. Interrogé par le SMR, le Dr F_____ a établi un autre rapport le 5 décembre 2016, retenant les mêmes diagnostics que le Dr G_____, à savoir un trouble de la personnalité spécifique (F60.3) et un trouble anxio-dépressif majeur (F41.2).

    L'assurée était hospitalisée à la Clinique Belmont depuis juillet 2016 et y suivait une psychothérapie individuelle et de groupe, ainsi qu'un traitement médicamenteux.

    Son humeur s'était améliorée mais les troubles dépressif et anxieux restaient importants et le problème de la personnalité avait peu évolué.

    L'incapacité de travail restait totale et le pronostic réservé.

17. Le 27 avril 2017, le Dr E_____, du SMR, a émis l'avis que l'examen des pièces médicales permettait de constater l'absence de status psychiatrique. Il s'étonnait de la durée de la symptomatologie dépressive, malgré une hospitalisation de jour et estimait nécessaire la mise sur pied d'une expertise psychiatrique afin de clarifier l'atteinte à la santé et définir une capacité de travail résiduelle.

18. Le docteur H_____, spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 26 septembre 2017.

    Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, dernier épisode d'intensité modérée, désormais en rémission partielle, présent depuis 2001, de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, depuis la fin de l'adolescence et de dysthymie (accompagnant le trouble de la personnalité).

    La problématique principale résidait dans la grande fragilité narcissique de l'assurée, qui semblait trouver son origine dans de graves maltraitances et abus sexuels (inceste) durant l'enfance. Faute de confiance en elle-même, toujours insatisfaite (dysthymie), à la recherche de relations (professionnelles et personnelles) la valorisant, l'assurée vivait toute difficulté comme un échec la confirmant dans l'image négative qu'elle avait d'elle-même. Le trouble borderline était souvent associé de manière comorbide à la dépression et au trouble anxieux ; ce dernier était principalement lié aux maltraitances subies durant l'enfance. Des douleurs chroniques étaient également fréquemment présentes (24% à 81% des cas, selon les études).

    Chez l'assurée, toutes les situations traumatiques vécues durant l'enfance (abus sexuel, inceste), couplées probablement à une certaine négligence (déni des faits de la part de la famille), avaient sérieusement ébranlé sa confiance de jeune femme et l'image qu'elle avait d'elle-même. Il en résultait une fragilité narcissique se traduisant à la fois par des épisodes dépressifs et, principalement, par des choix de vie précipités, voire carrément erronés. Cliniquement toutefois, l'intensité de la symptomatologie dépressive était désormais légère à modérée et n'avait que peu de retentissement, d'un point de vue psychiatrique, sur les activités de la vie quotidienne et le ménage. Il n'y avait donc pas de limitations fonctionnelles durant

la journée en dehors d'une fatigue subjective et d'un léger ralentissement psychomoteur, raisons pour lesquelles l'expert retenait le diagnostic d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques désormais en rémission partielle (F33.2).

Formellement, l'état de l'assurée semblait superposable à celui décrit par le Dr D_____ en novembre 2015. On pouvait conclure à une aggravation légère des symptômes si l'on tenait compte de l'isolement social ; la capacité de travail semblait désormais de 50% et pourrait être améliorée par un ajustement des doses sur une période de six mois, couplé à la mise en place de mesures d'encouragement et de soutien à l'emploi.

L'incapacité de travail avait été totale jusqu'au 31 janvier 2016, de 50% dès le 1er février 2016, à nouveau de 100% à partir du 1er mars 2016, puis de 50% dès le 1er janvier 2016, date de sortie de la Clinique Montana.

La problématique principale résidait dans la grande fragilité narcissique en lien avec le trouble de la personnalité, à l'origine de décompensations dépressives qui n'avaient toutefois pas un caractère durable.

19. Invité à clarifier l'évolution de l'incapacité de travail dans le temps, le Dr H_____ a répondu, en date du 7 décembre 2017, qu'une erreur s'était produite et qu'il convenait de retenir les périodes suivantes d'incapacité : 100% jusqu'au 31 janvier 2016, 50% du 1er au 29 février 2016, 100% du 1er mars au 31 décembre 2016, puis 50% à compter du 1er janvier 2017, en lien avec l'amélioration décrite par le Dr F_____.

20. Le 22 janvier 2018, le Dr E_____, se fondant sur l'expertise du Dr H_____, a retenu l'existence d'un épisode dépressif sévère invalidant dont l'évolution avait été favorable. Le trouble de la personnalité était partiellement incapacitant dans le sens où il était décompensé durant les épisodes dépressifs. La dysthymie n'était pas retenue comme invalidante. Le traitement était approprié et l'assurée investissait le suivi. Une révision à une année pouvait être prévue.

21. Le 7 juin 2018, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée en prenant en considération un temps de travail raisonnablement exigible de 50% et une réduction supplémentaire du revenu d'invalide de 15% en raison des limitations fonctionnelles et des années de service. Le salaire sans invalidité, basé sur le questionnaire rempli par l'employeur, s'élevait à CHF 47'528.-. Le salaire avec invalidité était fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), au niveau de compétence 1. Le degré d'invalidité ainsi obtenu s'élevait à 51,66%.

22. Par décision du 25 janvier 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière du 1er février 2016 au 31 mars 2017, réduite à une demi-rente dès 1er avril 2017.

L'OAI reconnaissait une totale incapacité de travail dans toute activité dès le 11 février 2015 (début du délai d'attente d'un an), mais estimait que l'assurée avait

recouvré une capacité de 50% dans toute profession le 1er janvier 2017. Dès lors, le taux d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité de travail retenu.

23. Par acte du 25 février 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2016 et pour une période indéterminée.

    Elle conteste toute amélioration de son état de santé et allègue être toujours dans l'incapacité totale de travailler.

24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 mars 2019, a conclu au rejet du recours.

    Selon lui, l'expertise du Dr H_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant que l'expert a suivi la grille d'évaluation définie par la jurisprudence pour les affections psychiques.

    Il en ressort que la comorbidité est de faible gravité, le traitement psychothérapeutique et médicamenteux (qui pourrait être augmenté ou modifié en cas de besoin) bien investi - ce qui exclut l'échec ou la résistance au traitement -, que la recourante est autonome dans toutes les activités de la vie quotidienne, qu'elle a encore quelques amies et qu'elle dispose donc de ressources personnelles indéniables ; il n'y a pas de limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines de la vie.

25. Le 20 mai 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions et produit un rapport médical du docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont elle fait remarquer que l'avis diverge de celui des experts.

    Dans son rapport du 16 mai 2019, le Dr I_____ conteste la validité des expertises diligentées en 2015 et 2017. Selon ce médecin, qui suit la recourante depuis décembre 2018, la douleur, la fatigue et la dépression constituent une circonstance constitutive favorable pour le diagnostic de fibromyalgie, ayant débuté fin 2015 et d'intensité sévère depuis 2016, lorsque les douleurs se sont intensifiées au point de devenir incapacitantes (de 4 à 5 sur 5) et quasi-permanentes.

    Ce trouble a été documenté selon les critères récents (LFESSQ) et des douleurs dans les muscles, les os ou les articulations, d'une durée supérieure à une semaine (et pendant presque toutes les consultations) ont été constatées, dans les épaules, les bras et les mains, mais aussi au cou, au thorax et dans le dos. Selon ces critères, la recourante obtient un score de 25/31, supérieur à celui de 13 (WPI), retenu comme critère de référence pour le diagnostic de fibromyalgie. Ce sont donc trois diagnostics – et non deux – qui doivent être retenus : un trouble de la personnalité émotionnellement labile (type borderline ; F60.3) d'intensité sévère, un épisode dépressif récurrent moyen ou sévère (F33) et une fibromyalgie (M797). Or, ce dernier n'a été mentionné par aucun des deux experts.

    Le médecin souligne que sa patiente a tout fait pour s'en sortir, qu'elle a été suivie longuement, hospitalisée à plusieurs reprises, qu'elle est compliante et qu'elle a

toujours collaboré. Aujourd'hui, après des années de traitement, on doit admettre une réponse clinique insuffisante par rapport au degré de gravité des maladies ; le pronostic est donc négatif. L'invalidité est totale, due principalement au trouble de la personnalité borderline et à la fibromyalgie. Les limitations fonctionnelles, non approfondies dans les expertises, consistent en restrictions psychiques (démotivation et démobilisation, affaiblissement des fonctions cognitives, épuisement émotionnel, angoisses), cognitives (fatigue mentale avec difficultés d'attention, de la planification, etc.) et comportementales (comportement défensifs, d'évitement, repli sur soi, ou d'agressivité). Elles justifient une totale incapacité de travail car les fonctions cognitives et affectives instables et fluctuantes induisent des réponses inadaptées dues au trouble de la personnalité et au trouble de l'humeur.

26. Une audience d'enquêtes a eu lieu le 29 août 2019.

Le Dr I_____ a rappelé que l'expertise de 2015 retenait deux diagnostics (trouble dépressif récurrent et accentuation de certains traits de personnalité borderline), celle de 2017 ceux de trouble dépressif récurrent et de trouble de personnalité borderline.

Pour sa part, il se rallie aux diagnostics retenus dans la deuxième expertise, auxquels il ajoute celui de trouble douloureux chronique.

Le trouble dépressif récurrent est à son avis consécutif au trouble de la personnalité qui revêt chez l'assurée un certain degré de sévérité. Le trouble douloureux chronique est lui-même consécutif aux deux premiers.

Les maladies psychiques (trouble dépressif, bipolarité, etc.) peuvent faire l'objet d'un traitement médicamenteux ou psychothérapeutique, contrairement aux troubles de la personnalité qui, eux, ne peuvent être traités. Chez la recourante, le trouble de la personnalité couplé au trouble dépressif récurrent est déjà en soi invalidant et cela, à 100%.

Le témoin justifie son évaluation de la capacité de travail à 0% par le fait qu'il connaît le trouble de la personnalité de sa patiente et les conséquences sur cette dernière.

Relevant que l'expertise évoquait la possible responsabilité de sa patiente dans le maintien de son trouble en tant qu'elle la décrivait comme "installée dans une démarche masochiste" et semblant tirer bénéfice de sa maladie, le témoin a contesté ce qu'il a qualifié d'hypothèse fantaisiste ne reposant sur aucune évaluation clinique, ni aucun critère médical. Sa patiente souffre d'un trouble bien réel qui ne peut être traité et qui revêt une certaine sévérité.

Par ailleurs, le témoin s'est étonné de l'affirmation selon laquelle une augmentation de la capacité de travail pourrait être obtenue avec un soutien de six mois. Les experts ont fait dépendre leur pronostic favorable de la condition que l'assurée

puisse exercer dans un cadre souple et rassurant, impliquant peu de prise de décisions, ce qui ne me semble pas correspondre à l'activité habituelle de serveuse.

Depuis qu'il suit l'assurée, il s'est efforcé de l'accompagner pour stabiliser son humeur et optimiser son fonctionnement, étant rappelé une fois de plus qu'un trouble de la personnalité ne peut être guéri, même si une amélioration naturelle se fait vers l'âge de 35-40 ans. En l'occurrence, il y a eu amélioration de la stabilisation de l'humeur, mais il reste : une anxiété majeure, une humeur abaissée fluctuant entre déprime et dépression et un trouble somatoforme douloureux (ci-après : TSD).

À sa connaissance, l'assurée n'a qu'un très petit cercle d'amis (un ou deux), un compagnon dont elle ne partage pas la vie et ses sorties se limitent aux visites qu'elle lui fait et à celles à son acupuncteur. Son retrait social est donc important.

De manière générale, le témoin se dit d'accord avec les diagnostics évoqués dans la deuxième expertise, mais estime que leur sévérité a été sous-estimée.

Il insiste sur les restrictions qui découlent du trouble de la personnalité et leur importance. Ces restrictions sont psychiques (démotivation, démobilisation), cognitives (attention, concentration, capacité de planification et d'organisation) et comportementales (évitement, repli sur soi). Le témoin voit comme la démonstration du degré de gravité du trouble chez sa patiente l'apparition ponctuelle d'états dissociatifs (perception perturbée) lorsqu'elle est sous pression, ce qui peut se traduire par des actes auto-agressifs.

27. Le 23 septembre 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

    Il produit à l'appui de sa position un avis émis par la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine interne, du SMR, qui estime que les conclusions du Dr I_____ sont insuffisantes pour remettre en cause celles du Dr H_____.

    La Dresse J_____ s'étonne que le Dr I_____ retienne un diagnostic de fibromyalgie qui n'a jamais été évoqué auparavant et qui sort de son domaine de compétence. Un trouble somatoforme douloureux n'a jamais été évoqué non plus. Le prétendu trouble de la personnalité sévère n'a pas empêché la recourante de travailler de manière continue entre 1998 et 2015. Quant à l'atteinte dépressive, aucune des deux expertises n'a mis en évidence de symptomatologie sévère. Les nombreuses limitations psychiatriques rapportées par le Dr I_____ n'ont pas été objectivées dans les expertises.

28. Dans des observations complémentaires du 18 octobre 2019, la recourante a également persisté dans ses conclusions et relevant qu'aucun document médical et / ou expertise n'attestait d'une amélioration de son état de santé en date du 1er avril 2017.

    Les pathologies dont elle souffre, en particulier le trouble de la personnalité, justifient une incapacité de travail totale au-delà de cette date.

    Elle produit un nouveau rapport du Dr I_____ du 14 octobre 2019.

Ce dernier affirme que le diagnostic de fibromyalgie s'est vu attribuer un code spécifique dans la CIM-10 (M 79.7) et qu'il est classé parmi les troubles de l'appareil locomoteur comme maladie rhumatismale non spécifique, mais aussi parmi les troubles de somatisation, en particulier sous le code F45.4 (syndrome douloureux somatoforme persistant). Le fait qu'aucune des expertises ne s'y réfère n'est pas pertinent dès lors que la fibromyalgie s'est développée à partir de 2016, soit postérieurement à la première expertise. Le second expert ne s'y est pas intéressé, retenant que des douleurs étaient évoquées, mais qu'elles n'étaient pas la préoccupation principale de l'assurée.

Quant au trouble de la personnalité borderline, il s'est aggravé et il n'était pas assez important pour justifier une incapacité de travail avant 2015.

S'agissant de la dépression, la tentative de suicide qui a nécessité une hospitalisation en 2016 est une preuve de son degré de gravité.

Enfin, l'absence d'objectivisation des limitations psychiatriques par les experts est justement une démonstration de l'insuffisance de ces deux expertises.

29. Le 7 novembre 2019, l'intimé a campé sur sa position en se référant à une nouvelle appréciation de la doctoresse K_____, du SMR, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui estime que l'évaluation d'une fibromyalgie n'est pas du ressort d'un psychiatre.

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. 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.

3. 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.

4. 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 pendant le 1er janvier 2021, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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.

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2017. Plus particulièrement, il convient d'examiner si son état de santé s'est amélioré à compter de janvier 2017, justifiant la diminution des prestations du 1er avril 2017.

7. 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). 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'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

   L'art. 17 al. 1er 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).

   Selon la jurisprudence, il y a motif de révision 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 par contre 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

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

   En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

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

9. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un

trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

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

10. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

    Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

11. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

    Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

    Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

12. Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

13. Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

14. Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

    Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

    Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative

de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen *in* Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

15. On rappellera que dans le contexte de troubles somatoformes douloureux, les états dépressifs constituent, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine). Aussi, si on ne peut pas nier d'emblée qu'un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne entraîne des effets invalidants, il faut, pour que ceux-ci soient admis, qu'il ne s'agisse pas d'une simple manifestation d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, mais bien d'une atteinte dépressive indépendante, séparée du syndrome douloureux psychogène (arrêt du Tribunal fédéral

9C_521/2012 du 17 janvier 2013 consid. 3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.1).

16. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

    b. 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

    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.

    c. 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).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

d. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant

pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

f. 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).

g. 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. A 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).

17. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré

de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-

ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

18. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

19. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de

procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

20. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

21. En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la recourante a été totalement incapable d'exercer la moindre activité depuis le 11 février 2015. Se pose en revanche la question de savoir si la recourante a bel et bien recouvré une capacité de travail de 50% dans toute activité le 1er janvier 2017, ce que l'intéressée conteste.

    Le SMR, se fondant sur l'expertise du Dr H_____, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif récurrent sévère en rémission partielle, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et de dysthymie ayant entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2016. Le Dr H_____ a jugé qu'il y avait eu alors une amélioration de l'état de santé de l'intéressée.

    En premier lieu, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr H_____.

    À titre préalable, il sied de relever que cette expertise a été rédigée sur la base d'un dossier complet, qu'elle contient une anamnèse complète, prend en compte les plaintes de la recourante et motive, certes parfois sommairement, les diagnostics retenus. Ceux-ci concordent avec ceux posés par les Drs G_____ et F_____ et, partiellement, avec ceux du Dr I_____.

Le Dr H_____ retient que le trouble dépressif récurrent, qui était selon lui d'intensité sévère en 2015, ne serait plus, depuis 2017, que d'intensité modérée et en rémission partielle. Cependant, les motifs ayant conduit l'expert à retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante sont peu clairs.

Dans un premier temps, le Dr H_____ a fait remonter cette amélioration à la sortie de la Clinique Montana, le 1er janvier 2016, et donc antérieurement à une nouvelle aggravation survenue le 1er mars 2016.

Interrogé par l'OAI sur cette contradiction temporelle, le Dr H_____ a indiqué avoir confondu les dates, puis précisé que l'amélioration aurait eu lieu à compter du 1er janvier 2017, en lien avec l'évolution décrite par le Dr F_____.

Or, si, dans son dernier rapport avant l'expertise, daté du 5 décembre 2016, le Dr F_____ a certes évoqué une amélioration de l'humeur, il a aussi précisé que les troubles dépressifs et anxieux demeuraient importants, que le trouble de la personnalité avait peu évolué, que l'incapacité de travail était toujours totale et le pronostic réservé, constatations et conclusions partagées à la même époque par le Dr G_____ qui soulignait la nécessité d'un suivi spécialisé.

L'on peine donc à comprendre comment le Dr H_____ a pu estimer que le Dr F_____ avait conclu à une amélioration de l'état de santé de la recourante à compter du 1er janvier 2017.

Ces éléments suffisent déjà à jeter le doute sur la valeur probante de l'expertise du Dr H_____ s'agissant des éléments justifiant selon lui de retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante.

A cette confusion dans les dates et à cette motivation douteuse, s'ajoute le fait que l'amélioration en elle-même est peu documentée. En effet, après avoir convenu que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline implique de nombreux symptômes et comorbidités, qu'il s'agit d'une maladie complexe, caractérisée par une instabilité marquée de l'humeur, de l'impulsivité, des comportements d'automutilation, des problèmes interpersonnels et des troubles de l'identité, et que ce trouble est souvent associé à la dépression et aux troubles anxieux et souvent lié à un passé traumatique, le Dr H_____ émet l'avis que, chez l'assurée, la problématique principale serait sa grande fragilité narcissique, à l'origine de décompensations dépressives qui n'auraient toutefois pas un caractère durable. Qui plus est, il allègue, sans apporter la moindre explication à cet égard et en contradiction avec ce qui est décrit par les médecins traitants de la recourante, que l'intensité de la symptomatologie dépressive ne serait désormais plus que légère à modérée et n'aurait que peu de retentissement sur les activités de la vie quotidienne et du ménage.

Or, il ressort des rapports du Dr I_____ des 16 mai et 23 septembre 2019, que l'état de santé de sa patiente ne s'est aucunement amélioré à la suite de l'expertise.

Il sied de relever que les rapports du Dr I_____, bien que postérieurs à la décision litigieuse, doivent être pris en considération, puisqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue.

Dans ses rapports, le médecin conteste l'approche du Dr H_____, qui attribue à la recourante une responsabilité dans le maintien et l'entretien de ses troubles, arguant qu'elle serait installée dans une démarche « masochique », alimentant ses plaintes et son sentiment d'abandon, hypothèse dont le Dr I_____ fait remarquer qu'elle ne s'appuie sur aucun élément concret et dont force est de constater qu'elle n'est corroborée par aucun des rapports des psychiatres ayant suivi la recourante. Or, c'est cette hypothèse qui semble être le fondement permettant au Dr H_____ d'émettre un pronostic favorable pour un retour au travail.

Lors de son audition par la Cour de céans, le Dr I_____ a expliqué que le trouble de la personnalité revêtait chez l'assurée un certain degré de sévérité. Couplé au trouble dépressif récurrent, il est déjà invalidant en soi et cela à 100%. Le témoin a décrit les restrictions qui en découlent : psychiques (démotivation, démobilisation), cognitives (attention, concentration, capacité de planification et d'organisation), mais aussi comportementales (évitement, repli sur soi) et expliqué que le degré de gravité du trouble était manifeste, vu l'apparition ponctuelle d'états dissociatifs (perception perturbée) en cas de stress, pouvant se traduire par des actes auto-agressifs.

Ces éléments n'ont pour certains aucunement été discutés, ni même cités par le Dr H_____ dans son expertise.

Contrairement à l'hypothèse défendue par l'expert, il ressort du dossier que, comme l'a relevé le Dr I_____, la recourante a tout fait pour améliorer son état de santé : elle a consulté plusieurs psychiatres, été hospitalisée à plusieurs reprises et s'est toujours conformée aux traitements prescrits. Après des années de traitement, les divers psychiatres qui l'ont suivie s'accordent tous à dire que sa capacité de travail est nulle dans toute activité et que le pronostic est réservé.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que le rapport d'expertise du Dr H_____ ne permet pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en assurances sociales, que l'état de santé de la recourante se serait effectivement amélioré à compter du 1er janvier 2017.

On ajoutera, même si cet élément n'est en tant que tel pas décisif dans la résolution du litige, que le Dr I_____ a fait état d'un nouveau diagnostic dans ses rapports, à savoir le trouble somatoforme douloureux (qu'il associe à la fibromyalgie). Le Dr I_____ dit avoir constaté la présence de douleurs dans les muscles, les os et les articulations, pour une durée supérieure à une semaine. Ce diagnostic n'a pas été investigué par l'expert, bien que celui-ci ait retenu que la recourante se plaignait notamment de fatigue, de troubles du sommeil et de douleurs. Dans le cadre d'un

éventuel futur examen périodique, il conviendra que l'intimé investigue ce point également.

En l'état, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de démontrer que la capacité de travail de la recourante se serait améliorée à compter du 1er janvier 2017, la Cour de céans ne peut retenir qu'un changement important au sens de l'art. 17 LPGA est effectivement survenu.

L'intimé ayant échoué dans l'apport de la preuve de la prétendue amélioration de l'état de santé de la recourante, il n'existe pas de motif de révision justifiant de réduire la rente entière à une demi-rente à compter du 1er avril 2017. La recourante a donc droit à une rente entière dès le 1er février 2016, sans réduction en 2017.

22. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 25 janvier 2019 annulée en tant qu'elle réduit la rente entière de la recourante à une demi-rente à compter du 1er avril 2017.

La recourante obtenant gain de cause et étant représentée par un avocat (peu importe qu'elle soit au bénéfice de l'assistance juridique), une indemnité de CHF 2'500.- 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]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision de l'intimé du 25 janvier 2019 en ce sens que le droit à une rente entière est reconnu à la recourante au-delà du 31 mars 2017.
4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
5. Alloue à la recourante une indemnité de procédure de CHF 2'500.-, 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	La Présidente
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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