

# **GE\_GERICHTE ATAS/404/2021 vom 29. April 2021**

GE Cour de justice, 2021-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_404\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_404_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/404/2021 du 29 avril 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/404/2021 del 29 aprile 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. A teneur de l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Par ailleurs, 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). b. Au jour du dépôt du recours, le 10 avril 2019, la recourante était domiciliée à Genève. Elle a déplacé son domicile en France en date du 10 décembre 2019, soit postérieurement au dépôt de son recours. Par conséquent, la compétence ratione loci et materiae de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est établie.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors déjà pendant devant la Chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière, plus particulièrement sur l'existence entre 2006 - date à laquelle a été rendue la seule décision reposant sur un examen matériel de la situation - et 2019 d'une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer son droit aux prestations.

### **E. 5**

a. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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). b. À teneur de l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201),

lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit

A/1478/2019 - 12/20 - établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsqu'un assuré est déjà au bénéfice d'une rente, sa demande doit être qualifiée de demande de révision et non de nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 142/06 du 25 octobre 2006 consid. 3.1). Cela étant, la distinction opérée est avant tout théorique dès lors que l'alinéa 3 de l'art. 87 RAI renvoie aux conditions de l'alinéa 2 de cette même disposition et que la jurisprudence applique par analogie les principes développés en matière de nouvelle demande à l'entrée en matière sur la demande de révision (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 392 ch. 2.2 et les références citées). Dans un cas comme dans l'autre, les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (qui reprend pour l'essentiel l'art. 87 al. 3 et 4 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 2b). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b). c. 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). 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

A/1478/2019 - 13/20 - clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la

dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

#### **E. 6**

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).

#### **E. 7**

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). 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 ;

A/1478/2019 - 14/20 - Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

#### **E. 8**

a. 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). 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). b. 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. b/aa. 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/bb. Dans ce contexte, il y a lieu de relever que selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à

A/1478/2019 - 15/20 - défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI). b/cc. Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14

juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/dd. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/ee. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

A/1478/2019 - 16/20 -

### **E. 9**

a. 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). b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment 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).

### **E. 10**

En l'espèce, la recourante bénéficie d'une rente depuis le 22 avril 2004 (un quart de rente depuis le 1er juin 2005) en raison de son atteinte lombaire. Les procédures de révision initiées par l'intimé en 2008 et 2012 n'ont pas conduit à une modification de ce droit. Le 1er mars 2018, la recourante a invoqué une aggravation de son état de santé, sur laquelle l'intimé est entré en matière, mais qu'il a en définitive niée en se fondant sur le rapport d'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_. Il convient de se prononcer, en premier lieu, sur la valeur probante dudit rapport. Force est de constater qu'il remplit, sur le plan formel, les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, il contient le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Il en ressort notamment que la

A/1478/2019 - 17/20 - recourante se plaint de douleurs quotidiennes, évaluées entre 5 et 10 sur une échelle de douleur de 10, au poignet gauche, aux deux genoux, à la cheville gauche, à la nuque, aux omoplates et dans la région lombaire. Elle se plaint également de fatigue, le sommeil n'étant pas réparateur. S'y ajoutent des céphalées et un moral fluctuant, avec du désespoir, des crises d'angoisse, de la colère contre sa maladie et contre les personnes qui ne l'ont pas aidée. La Dresse F\_\_\_\_\_ n'a trouvé aucune explication objective aux symptômes de fatigue, douleurs chroniques et céphalées présentées par la recourante. Elle a donc considéré que la capacité de travail de cette dernière était toujours de 60%. Toutefois, la Dresse F\_\_\_\_\_ a conseillé une consultation neurologique pour les céphalées quotidiennes, une polysomnographie pour les troubles du sommeil persistants et une expertise psychiatrique compte tenu des plaintes thymiques et des symptômes somatiques inexpliqués. En d'autres termes, la Dresse F\_\_\_\_\_, qui est spécialisée en médecine interne générale, n'a pas identifié d'atteinte organique expliquant les symptômes présentés par la recourante. Elle n'a toutefois pas exclu que des mesures d'instruction complémentaire, sous la forme d'un complément d'expertise neurologique et psychiatrique, soient susceptibles d'objectiver lesdites atteintes, ou du moins de les expliquer. Malgré ces recommandations, l'office intimé n'a entrepris aucune mesure probatoire dans ce sens, occultant tout simplement la recommandation d'une consultation neurologique et justifiant l'absence de complément sur le plan psychiatrique en invoquant le défaut de diagnostic posé dans cette spécialité par le médecin traitant et le fait que la recourante disposerait de ressources suffisantes. Vu la spécialisation de la Dresse F\_\_\_\_\_ et les recommandations qu'elle a exprimées, on ne saurait renoncer à une instruction complémentaire sans violer la maxime inquisitoire. La mise en œuvre d'exams d'ordre neurologique apparaît d'autant plus justifiée que plusieurs médecins ont évoqué un syndrome de fatigue chronique (reconnu par l'OMS et figurant dans la CIM-10 sous le code diagnostic G93.3 dans le chapitre sur les troubles neurologiques) ou encore celui de maladie de Lyme. Quant au volet psychiatrique, il est rendu nécessaire par la présence de douleurs inexpliquées, pouvant le cas échéant être attribuées à un syndrome douloureux somatoforme persistant ou à trouble somatoforme douloureux persistant (figurant dans la CIM-10 sous le code diagnostic F45.5, dans le chapitre sur les troubles psychiques). Les symptômes de la recourante (état de fatigue, douleurs mal systématisées, symptômes d'allure neurologique, en particulier neurocognitifs et neurovégétatifs [difficultés de concentration, troubles de l'attention et de la mémoire à court terme ; orthostatisme avec intolérance à la position debout, parfois troubles du transit et/ou urinaires], troubles du sommeil, et céphalées d'allure tensionnelle) sont en outre compatibles tant avec les critères d'un syndrome de fatigue chronique qu'avec ceux d'une fibromyalgie (Revue médicale suisse, 2015, p. 2236), raison pour laquelle un volet rhumatologique s'avère également indispensable.

A/1478/2019 - 18/20 - La Cour de céans relèvera encore, s'agissant du refus de l'OAI de procéder à un complément d'expertise psychiatrique, que le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué, dans son rapport du 9 juin 2019, avoir adressé la recourante à un confrère psychiatre, de sorte que l'argument de l'intimé, selon lequel la recourante n'aurait pas consulté de médecin de cette spécialité, tombe à faux.

### **E. 11**

En définitive, dans son état actuel, le dossier ne permet pas de statuer sur l'invalidité de la recourante. Aussi l'instruction doit-elle être complétée, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologique, neurologique et psychiatrique, ainsi que dans d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), en échangeant au préalable avec les médecins qui suivent la recourante, essentiellement la Dresse E\_\_\_\_\_ et le Dr D\_\_\_\_\_, afin d'avoir un aperçu complet de la situation. Ladite expertise devra notamment permettre de déterminer si les atteintes dont souffre la recourante (douleurs quotidiennes, fatigue, céphalées et moral fluctuant) peuvent être attribuées à la maladie de Lyme, au syndrome de fatigue chronique, à une fibromyalgie, à un syndrome somatoforme douloureux et/ou à une autre maladie et si elles entraînent une incapacité de travail. C'est encore le lieu de rappeler, dans ce contexte, que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de tenir compte d'une capacité de travail moyenne en raison du caractère cyclique d'une maladie (cf. p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_953/2008 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral a considéré que lorsqu'il s'agissait de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évoluait par poussées, il convenait d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'était pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflétait qu'une image instantanée de la situation; celle-ci devait bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. À cet égard, le médecin devait examiner l'évolution temporelle de la capacité de travail, en tenant compte, eu égard à l'évolution fluctuante de la maladie, aussi bien des phases actives que des phases moins actives de celle-ci. En d'autres termes, il devra se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global sur la capacité de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2, 3.3 et 3.4). A supposer que les plaintes de l'assurée ne trouvent aucun substrat objectivable, son état de santé devra être évalué selon le schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs développé par la jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et publié aux ATF 141 V 281, étant précisé que ces indicateurs sont également applicables aux troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), ou encore au syndrome de fatigue chronique (ATF 139 V 346, arrêt du Tribunal fédéral

A/1478/2019 - 19/20 - 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73). La description de la vie quotidienne à laquelle la Dresse F\_\_\_\_\_ a procédé n'est pas suffisante pour déduire que la recourante dispose de ressources personnelles et familiales suffisantes au regard des indicateurs susmentionnés. S'agissant essentiellement là d'aspects n'ayant pas été instruits par l'office intimé, la cause lui sera renvoyée pour instruction afin de respecter le principe du double degré de juridiction.

### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du

**E. 13**

mars 2019 annulée. La recourante, représentée, obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est 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 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1478/2019 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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