RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1478/2019 **ATAS/404/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 avril 2021

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée B_____, à ANNEMASSE, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER — 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 _____1963, célibataire, sans enfants, travaillait depuis 1988 en tant qu'assistante en système d'information auprès de l'office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT) lorsqu'elle a déposé, le 19 mai 2004, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) en raison d'une lombosciatique droite invalidante et d'une hernie discale L5-S1.

2. Dans le cadre de l'instruction de la demande précitée, l'OAI a mandaté, pour expertise, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 30 novembre 2005, ce médecin a retenu les diagnostics de spondylodiscarthrose prédominante en L5-S1 et, à droite, avec radiculopathie C5-C6 (M47.2) (avec répercussion sur la capacité de travail) et d'insuffisance pondérale avec un IMC à 17,5 et kyste ovarien droit (sans répercussion sur la capacité de travail). Ces atteintes entraînaient des limitations au niveau de la position assise prolongée et du port de charges à 5-8kg. L'alternance des positions était préconisée. L'activité habituelle à 60% était adaptée, mais devait être fractionnée sur l'ensemble des jours de la semaine. Aucune autre profession n'était exigible de l'assurée. La Dresse C_____ relevait également que l'assurée suivait une psychanalyse et que quelques éléments pouvaient évoquer de l'anxiété. Cela étant, la médecin précitée ne pensait pas que cette atteinte fût limitative, l'assurée ayant toujours fonctionné normalement jusqu'à la survenue de sa hernie discale.

3. Se fondant sur l'expertise de la Dresse C_____, l'OAI a octroyé à l'assurée, par décisions du 19 juin 2006, une demi-rente d'invalidité du 22 avril au 31 juillet 2004, un trois-quarts de rente du 1er août 2004 au 31 mai 2005 et un quart de rente dès le 1er juin 2005.

4. Les procédures de révision initiées par l'OAI en 2008 et 2012 n'ont pas conduit à une modification du droit à la rente (cf. communications des 5 août 2008 et 30 novembre 2012).

5. Depuis le 28 avril 2015, l'assurée est en incapacité totale de travailler. Des tentatives de reprise à temps partiel ont été effectuées les 23 janvier, 16 et 22 mars 2017, mais elles se sont rapidement soldées par une totale incapacité de travail.

6. Le 1er mars 2018, l'assurée a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations en raison d'une aggravation de son état de santé, avec l'apparition d'atteintes neurologiques, immunitaires et infectieuses depuis 2013. Concrètement, elle souffrait de réactions allergiques et infectieuses sur son lieu de travail, aggravées suite à une intervention chirurgicale. Elle était suivie par le docteur D_____ pour

ses problèmes d'allergies et d'immunité et par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, ainsi que neuropathologie.

7. Par courrier du 28 mars 2018, le Dr D_____, médecin traitant de l'assurée depuis le 24 février 2004, a évoqué les diagnostics de syndrome lupoïde (dermatose de type lupique, visage et corps) séronégatif ; polyarthralgies migrantes, arthrite migrante ; phénomène de Raynaud ; allergies multiples (aspergillus, protéines de lait et de céréales, plusieurs antibiotiques, antiviraux, produits de contraste iodés, colorants et additifs) ; intolérance au lactose ; hypersensibilité chimique multiple ; déficit immunitaire humoral en IgA et IgG ; syndrome de fatigue chronique ; état confusionnel récurrent, trouble de la mémoire et de la concentration ; endométriose et métrorragies (hystérectomie et cure de l'endométriose le 13 mars 2014 sous pelviscopie) ; hypothyroïdie traitée (Euthyrox 25) ; insuffisance surrénalienne partielle, déficit en Cortisol, DHEA et testostérone (traitement Pregnènolone 50mg) ; insuffisance veineuse des membres inférieurs ; gastrite chronique ; hernies discales cervicales et lombaires (rente d'invalidité partielle) ; candidose cutanéomuqueuse chronique, foyer sinusien ; maladie de Lyme chronique active et syndrome mononucléosique (Epstein-Barr) récurrent dès 1994, dernier épisode en mai 2017.

   En substance, la santé de l'assurée s'était dégradée vers l'âge de 3 ans et demi, à la suite du vaccin contre la tuberculose (BCG), puis à nouveau à l'âge de 26 ans, avec, notamment, l'apparition d'un syndrome de fatigue chronique, des troubles digestifs avec stomatite récidivante à Candida albicans, une rhinosinusite chronique maxillaire bilatérale, des lombalgies évoluant en hernies discales lombaires invalidantes. A l'âge de 31 ans, une mononucléose (Virus Epstein-Barr – EBV) s'y était ajoutée, avec une évolution sur plusieurs mois, entraînant des polyadénopathies de manière récurrente. Les investigations répétées n'avaient montré qu'une réactivation de cette virose. L'assurée avait également développé diverses allergies, en particulier aux moisissures (Aspergillus flaveus, fumigatus et niger, Alternaria, Cladosporium, Pénicullium. Stemphlium), ainsi qu'à plusieurs aliments (protéines de lait [vache, brebis, chèvre], céréales [avoine, maïs, millet, blé, orge, seigle, épeautre, autres céréales contenant du Gluten) et divers autres éléments (candida albicans, mercure inorganique, méthyl-mercure et Thimerosal). Ces allergies avaient été objectivées par des tests cutanés, le dosage d'IgE spécifiques et des tests MELISA (tests de transformation lymphoblastique). Entre 2006 et 2010, la santé de l'assurée s'était améliorée. En 2014, l'assurée avait subi une hystérectomie et une cure d'endométriose, à l'occasion desquelles elle avait bénéficié d'une antibiothérapie prophylactique, laquelle allait entraîner une dégradation importante de son état de santé. Elle avait ainsi à nouveau développé des épisodes infectieux à répétition (syndrome mononucléosique, mycoses cutanées, respiratoires, digestives et urinaires). S'y étaient ajoutées des réactions allergiques respiratoires et cutanées à chaque fois qu'elle se rendait à son travail. Ce syndrome allergique n'avait fait qu'empirer avec le temps et avait participé aux

récidives du syndrome mononucélosique et des mycoses. Des analyses de la qualité de l'air à son travail avaient montré la présence de bactéries et de moisissures (Aspergillus) dans l'air pulsé, dans des quantités toutefois conformes à la législation, mais suffisante pour dégrader la santé de l'assurée. Le nettoyage des buses avait été efficace pendant un ou deux jours. Chaque passage dans les locaux de l'OCIRT avait provoqué des réactions allergiques et infectieuses sévères, notamment un syndrome lupoïde avec dermatose de type lupique sur les pommettes, le haut du buste, avec des éruptions violacées le long des membres, sur les mains et les pieds, étant précisé que la recherche d'auto-anticorps s'étaient avérée négative. Les signes cliniques, évidents, étaient attestés par des photographies. L'assuré avait également souffert d'un phénomène de Raynaud, parfois sévère. Elle présentait en outre des allergies à plusieurs antibiotiques et antiviraux et aux produits ménagers, lessives, cosmétiques, etc. Depuis deux à trois ans, le Dr D_____ avait constaté un syndrome de fatigue chronique avec, dans les phases d'aggravation, un état confusionnel, des troubles de la mémoire et de la concentration. Avec plusieurs collègues, le médecin précité avait observé des réactions vasculaires étranges, coïncidant avec des manifestations typiques lupidiques, pendant lesquelles il y avait une dilatation veineuse spectaculaire. L'assurée avait également souffert de douleurs abdominales aiguës et de gastrites, associées à des poussées de candidose cutanéo-muqueuse chronique, avec notamment des foyers dans les sinus maxillaires. La candidose nécessitait un traitement antifongique particulier. L'assurée avait de plus présenté plusieurs épisodes de borréliose à tiques, actuellement sous une forme chronique active, laquelle nécessitait périodiquement une antibiothérapie. Enfin, ils avaient été plusieurs médecins à avoir constaté des crises avec polyadénopathie, congestion splénique, altération de l'état général, les analyses évoquant à chaque fois une poussée du virus Epstein-Barr.

8. Par courrier du 24 avril 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entrait en matière sur sa demande.

9. L'OAI a soumis le dossier de l'assurée à son service médical régional (SMR) qui a suggéré une expertise de médecine interne, confiée à la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne, afin d'éclaircir la situation médicale et les limitations fonctionnelles au vu des multiples symptômes d'origine indéterminée.

10. Dans un rapport du 18 septembre 2018, le Dr D_____ a expliqué que l'assurée était en phase de décompensation de plusieurs systèmes depuis 2016, avec notamment des troubles immunitaires et neurologiques, des réactions respiratoires, digestives, urinaires, ostéo-articulaires, musculaires, tendineuses et cutanées, parfois cliniquement spectaculaires. S'y ajoutait un état infectieux, aggravé par plusieurs piqûres de tiques, avec probable surinfection par des germes en co-infection.

    En raison d'une hypersensibilité médicamenteuse, ce n'était qu'à partir de mai 2018 que plusieurs essais de traitements antibiotiques s'étaient montrés concluants, en

association avec des antifongiques, avec une atténuation de certains symptômes cutanés, respiratoires et neurologiques.

Le Dr D_____ a ensuite rappelé l'historique médical de l'assurée et précisé que lors de la rédaction du rapport, l'assurée souffrait de céphalées chroniques importantes, de troubles de l'attention, souvent accompagnés de confusion mentale, trouble de la mémoire, désorientation temporo-spatiale et maladresse. L'assurée avait perdu 10 kg mais en avait repris 5. Elle présentait un état de fatigue, une fonte musculaire et une déshydratation. L'état général était fortement dépendant de facteurs extérieurs infectieux, toxiques et environnementaux. A chaque sollicitation du système immunitaire, l'assurée présentait des épisodes de type syndrome grippal, de poussées de mycoses à Candida albicans, des signes d'infections virales avec impotence fonctionnelle (fatigue chronique sévère, trouble de la concentration et de la mémoire), avec des répercussions pouvant être potentiellement dangereuses. En raison de toutes ces atteintes, l'assurée était totalement incapable de travailler.

Le Dr D_____ a encore expliqué qu'il y avait des symptômes caractéristiques de maladie auto-immune sans traduction sérologique, avec des composantes infectieuses, virales et fongiques. L'altération de l'état de santé de l'assurée était corrélée avec le changement de bâtiment professionnel, et la mise en place, trop tardive, du télétravail n'avait pas permis d'empêcher une décompensation importante en mars 2017. Suite aux piqûres de tiques en mai 2017, l'assurée avait fait effectuer des analyses à l'étranger, lesquelles avaient montré des résultats positifs pour Borrelia afzelii et garinii, Mycoplasma peneumoniae, Chlamydia peneumoniae comme cela ressortait des résultats du 17 août 2017 annexés. Le Dr D_____ avait alors décidé de prendre en considération cette sérologie pour le choix des traitements antibiotiques. L'amélioration de certains symptômes confirmait cet état infectieux sous-jacent encore non déterminé.

En annexe au rapport précité figurait notamment, outre les résultats des analyses sanguines et diverses photographies, le rapport de la consultation de la mémoire des HUG du 27 août 2018, dont il ressort que l'assurée présentait des difficultés attentionnelles pouvant avoir des répercussions dans les autres domaines de la cognition sur la base de l'évaluation neuropsychologique réalisée. Toutefois, compte tenu de l'IRM cérébrale normale et du caractère peu spécifique des difficultés attentionnelles, aucune investigation supplémentaire n'était préconisée.

11. La Dresse F_____ a examiné l'assurée le 31 octobre 2018 et rendu son rapport le 13 novembre 2018. Les diagnostics retenus étaient ceux de troubles dégénératifs lombaires depuis 1999 (avec répercussion sur la capacité de travail) et d'hypothyroïdie substituée depuis 2016, phénomène de Raynaud en 2017, hypogammaglobulinémie à IgG et IgA sans immunodéficience clinique associée diagnostiquée en 2018 et intolérance au lactose (avec effet sur la capacité de travail). Sur le plan du rachis, la situation était superposable à celle décrite en 2005, avec une limitation de la mobilité, du port de charges lourdes, des positions

statiques prolongées et des positions en porte-à-faux. La Dresse F_____ n'avait pas détecté de signes correspondant à une maladie neurologique, à des troubles cognitifs, à une maladie rhumatologique ou infectieuse. Les analyses sanguines ne révélaient ni syndrome inflammatoire, ni infection, ni trouble endocrinologique. La Dresse F_____ n'avait pas d'explications objectives aux symptômes de fatigue, douleurs chroniques et céphalées présentés par l'assurée. L'IRM cérébrale était normale. Toutefois, en raison de céphalées quotidiennes, elle conseillait une consultation de neurologie. En raison de troubles du sommeil persistants, une polysomnographie était recommandée. Enfin, en raison de plaintes thymiques et de symptômes somatiques inexpliqués, une expertise psychiatrique était préconisée. Le dossier était cohérent et bien documenté. Les plaintes de l'assurée correspondaient à ce qui était décrit dans le dossier. De nombreuses plaintes somatiques étaient restées inexpliquées malgré les investigations complètes. Pour la Dresse F_____, les médecins traitants prenaient vraisemblablement en considération les aspects psychiatriques, psychosomatiques et psychosociaux lors de leur appréciation de la capacité de travail, ce qui pouvait expliquer la divergence dans l'évaluation. Le pronostic était favorable chez une assurée avec de bonnes ressources professionnelles et familiales.

En annexe figuraient notamment divers rapports médicaux demandés par la Dresse F_____ et notamment le rapport du docteur G_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et spécialiste des maladies allergiques et acupuncture du 6 juillet 2016, les résultats des analyses médicales des 21 juin 2016 et 8 novembre 2018, les résultats des contrôles microbiologiques de l'environnement effectués à la demande de l'Etat de Genève, datés du 5 avril 2017, le compte-rendu du CT du thorax du 2 février 2017, la consultation de dermatologie du 20 février 2018, le rapport d'analyse de l'air du 6 août 2014, divers documents administratifs relatifs au poste occupé par l'assurée (entretien d'évaluation, certificat intermédiaire, etc.)

12. Le rapport précité de la Dresse F_____ a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 4 décembre 2018, que l'atteinte incapacitante était constituée par les troubles dégénératifs du rachis, lesquels entraînaient une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de positions statiques prolongées, pas de travail en porte-à-faux du rachis, respect de l'alternance des positions.

13. Le 5 décembre 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il n'entendait pas augmenter la rente d'invalidité qui lui était versée.

14. L'assurée a manifesté son désaccord par courrier du 18 janvier 2019, en relevant tout d'abord que de nombreuses pièces, qu'elle avait pourtant remises à la Dresse F_____ le 13 janvier 2018, ne figuraient pas au dossier. L'assurée s'étonnait également de n'avoir trouvé aucun rapport de la Dresse E_____ alors que celle-ci l'avait examinée en date des 20 octobre, 1er novembre et 15 décembre 2017, 31 janvier, 30 mars, 10 avril, 13 juin et 29 août 2018 ainsi que le 9 janvier 2019. Bien plus, la Dresse F_____ n'avait pas contacté la neurologue précitée,

alors même qu'elle suggérait un complément d'expertise du point de vue neurologique. L'assurée a ensuite contesté le domaine de spécialisation retenu pour l'expertise, ses problèmes de santé consistant en des allergies récurrentes, alimentaires, médicamenteuses, environnementales, des infections fongiques, une sensibilité aux levures et moisissures, une suspicion de borréliose ainsi que des problèmes neurologiques en lien avec ces pathologiques. Le but de l'expertise était d'évaluer non pas ses antécédents médicaux ou le quart de rente qui lui avait déjà été alloué, mais ses problèmes de santé actuels, leur complexité et leur impact sur sa capacité de travail. La Dresse F_____ aurait ainsi dû l'interroger sur ces problèmes spécifiques et les approfondir avec elle lors de l'entretien. Or, cela n'avait pas été le cas. Le médecin s'était contenté d'aborder des questions d'ordre général, sans jamais aborder les différentes atteintes dont elle souffrait. A plusieurs reprises, l'assurée avait tenté d'aborder ces questions, mais l'experte lui avait répondu sèchement, avec autorité, qu'elle avait pris connaissance du dossier et du résultat des IRM et que c'était elle qui posait les questions. Elle n'avait pris en considération que les douleurs corporelles, sans l'interroger sur leur nature (musculaire, articulaire, tendinite, etc.), leur intensité, leur manifestation et leur évolution au cours d'une journée. La Dresse F_____ avait refusé d'entrer en matière sur les problèmes dermatologiques sous prétexte que les images figurant au dossier n'étaient pas suffisamment lisibles, préférant demander un rapport aux HUG. En outre, elle avait également fait preuve d'un certain mépris à l'encontre de l'assurée. Enfin, l'assurée a critiqué plusieurs points du rapport d'expertise, relevant certaines contradictions dans les propos.

En annexe figuraient notamment une demande d'évaluation adressée le 13 janvier 2017 au service de santé (SPE) par l'employeur de l'assurée, des courriers du SPE des 2 février 2011, 15 août et 18 octobre 2018.

15. Le 12 mars 2019, le SMR a émis l'avis que les documents transmis par l'assurée n'apportaient pas d'élément médicaux nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation médicale et l'exigibilité retenues dans ses conclusions du 4 décembre 2018, qui restaient dès lors valables.

16. Par décision du 13 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande de révision et confirmé le droit de l'assurée à un quart de rente.

17. Le 10 avril 2019, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition du Dr D_____ et à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire dans les domaines neurologique, rhumatologique, allergologique, immunologique et psychiatrique, principalement, à l'annulation de la décision du 13 mars 2019 et à l'octroi d'une rente entière dès le 1er mars 2018.

La recourante reproche à l'intimé d'avoir ordonné une expertise dans un domaine ne correspondant pas à ses symptômes. Elle relève que la Dresse F_____ a d'ailleurs recommandé une expertise psychiatrique et une consultation

neurologique, recommandations qui n'ont pas été suivies par le SMR et l'intimé. Aussi, la recourante sollicite-t-elle la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique, allergologique, immunologique et psychiatrique.

Enfin, si la Cour de céans devait considérer le dossier comme étant suffisamment instruit, la recourante conclut, en se référant aux avis du Dr D_____, à une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100%.

18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 mai 2019, a conclu au rejet du recours.

Il considère que l'expertise de la Dresse F_____ du 13 novembre 2018 remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une expertise psychiatrique vu l'absence d'élément somatique pouvant justifier la symptomatologie et le fait que le médecin traitant n'a mentionné aucune atteinte au niveau psychiatrique. Il n'existe ni suivi psychiatrique, ni traitement psychotrope. La description de la vie quotidienne montre que la recourante a des ressources personnelles et familiales. Le tableau clinique est par ailleurs dominé par une problématique de nature somatique.

L'intimé soutient que la situation médicale a été investiguée de manière exhaustive de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire serait superflue. L'instruction menée dans le cadre de la procédure de révision n'a pas permis d'objectiver une aggravation de l'état de santé de la recourante.

19. Par écriture du 17 juin 2019, la recourante a produit différents rapports émanant du Dr D_____, de la Dresse E_____ et du docteur H_____.

Se référant au rapport du Dr D_____ du 9 juin 2019, elle répète qu'elle souffre d'atteintes infectieuses, neurologiques et dermatologiques. Sur le plan infectieux, il existe plusieurs atteintes, dont notamment une maladie de type Lyme au germe non habituel, les examens sanguins ayant montré des résultats positifs pour les Borrelia Garinii et Afzelii. L'experte a refusé de reconnaître ces résultats comme valables, malgré les avis de trois médecins. L'expertise a été effectuée alors qu'elle était sous traitement et son état fluctuant a joué à son encontre. Sur le plan neurologique, le Dr D_____ a mentionné des symptômes centraux (états confusionnels, troubles mnésiques, atteintes de l'équilibre, céphalées) et périphériques (tensions et douleurs musculaires, douleurs des membres et du rachis, douleurs thoraciques et abdominales). Sur le plan dermatologique, la Dresse F_____ a refusé de prendre en considération les photographies montrant une pathologique organique compatible avec une borréliose et d'autres pathologies. Les résultats de sérologie du laboratoire DEDIMED à Berlin, également produits en annexe à l'écriture du 17 juin 2019, sont pourtant là. En tout état, le Dr D_____ a adressé la recourante à un psychiatre, ce qui répond aux arguments de l'intimé du 10 mai 2019.

La Dresse E_____ fait état, quant à elle, dans son rapport du 3 mai 2019, d'une situation sérieusement aggravée en 2017, avec des troubles de la concentration et de

la mémoire ainsi que des états de confusion, objectivés par un examen neurologique et neurocognitif en août 2017 aux HUG. La neurologue mentionne également plusieurs diagnostics, lesquels n'ont été ni pris en considération, ni discutés par la Dresse F_____.

Quant au Dr H_____, il évoque des symptômes neurologiques, neuropsychologiques, rhumatologiques et cutanés compatibles avec une neuro-borréliose. Cette symptomatologie est handicapante.

De ces éléments, la recourante tire la conclusion qu'une expertise pluridisciplinaire, est nécessaire, que le rapport de la Dresse F_____ soit probant ou non. Dans la première hypothèse, elle rappelle que la Dresse F_____ a elle-même suggéré une expertise psychiatrique et une consultation neurologique ; dans la seconde, le dossier doit être considéré comme insuffisamment instruit.

En tout état de cause, la recourante réitère sa demande d'audition du Dr D_____.

20. Par courrier du 23 juillet 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions et a transmis à la Cour de céans un nouvel avis du SMR du 23 juillet 2019.

    Le SMR y commente les pièces médicales produites par la recourante. Il considère que la candidose sinusale, même si elle nécessite un traitement de fond par antimycosiques, est une atteinte banale ne justifiant pas de limitations fonctionnelles. Le virus Epstein-Barr est habituellement responsable de la mononucléose infectieuse et une forme chronique de cette infection n'existe pas, hormis une immunosuppression caractérisée, ce dont la recourante ne souffre pas, comme cela ressort du rapport de consultation spécialisée d'immunologie du 12 juillet 2017 du docteur I_____ des HUG. Le diagnostic de maladie de Lyme tertiaire avec atteinte neurologique et dermatologique a été écarté par les services d'immunologie et de dermatologie des HUG (cf. rapports des 12 juillet 2017 et 20 février 2018) ainsi que par la Dresse F_____ dans son rapport du 13 novembre 2018. Certains des traitements administrés par le Dr D_____ ne suivent pas les recommandations dictées par la médecine basée sur les preuves (evidence-based medicine). Qui plus est, le rapport de la Dresse E_____ ne comporte aucun diagnostic neurologique ou psychiatrique. Les rapports du Dr H_____ du 2 mai 2019 et de Monsieur J_____, homéopathe, du 30 janvier 2019, n'apportent aucun élément clinique objectif permettant de poser un diagnostic. Les résultats du laboratoire Dedimed en Allemagne du 21 août 2017 montrent des sérologies IgM positives pour Borrelia afzelli et garinii, mais cela ne confirme cependant pas une maladie de Lyme chronique, en l'absence d'association avec une clinique objective. Les résultats du laboratoire Dedimed en Allemagne du 16 novembre 2017 indiquent une situation de stress à cause d'infections virales non précisées, mais ne permettent pas de retenir un quelconque diagnostic infectieux.

21. Le 4 septembre 2019, la recourante a produit un avis émis par le Dr D_____ le 29 août 2019. Il argue qu'en raison des allergies médicamenteuses et alimentaires, la prise en charge de certaines atteintes, comme la candidose chronique ou la

problématique virale (herpès, cytomégalovirus, Epstein-Barr) est complexifiée. S'agissant de la problématique virale, en fonction de la sollicitation du système immunitaire, certains symptômes se réactivent, le virus restant latent à vie dans l'organisme, et des surinfections mycosiques apparaissent. Le Dr D_____ conteste que le diagnostic de maladie de Lyme tertiaire avec atteinte neurologique et dermatologique a été écarté par les HUG. En effet, lors des consultations aux HUG auxquels se réfère le SMR, aucune investigation ou analyse n'a porté sur la maladie de Lyme ; il s'agissait alors d'exclure une maladie auto-immune dans un contexte allergique et de dégradation importante de l'état général de la recourante en lien avec son lieu de travail. Quant à la Dresse F_____, elle a écarté la sérologie DEDIMED, mais, dans la mesure où un diagnostic a été posé et où la recourante était sous antibiothérapie, on aurait pu attendre de l'experte qu'elle donne son avis. Enfin, le Dr D_____ relève que le cas de sa patiente est complexe, qu'il comporte des facteurs infectieux, fongiques et viraux. Il a fait l'objet d'entretiens avec plusieurs médecins, la Dresse E_____ et le Dr H_____, ainsi qu'avec les docteurs K_____ à Berlin et L_____ à Paris, pour l'établissement d'un protocole de soins adapté à la réalité de la recourante. Il prend en outre en considération les recommandations émises par SOS-Médecins sur le traitement des différentes phases de la maladie de Lyme, ainsi que l'expérience du docteur M_____ aux Etats-Unis, en ce qui concerne les traitements alternatifs utilisés pour soulager les patients ne réagissant pas favorablement aux traitements classiques. La décision d'administrer différents traitements antibiotiques a permis d'améliorer significativement l'état de la recourante, même si certains symptômes persistent et restent invalidants. S'agissant de la maladie de Lyme, la sérologie ne suffit pas à poser un diagnostic. Elle doit s'accompagner d'un examen clinique complet et minutieux, associé à un bilan étiologique différentiel rigoureux, ce qui est le cas.

22. Interrogée par la Cour de céans, la recourante a persisté à solliciter l'audition du Dr D_____, tout en admettant que cela pourrait s'avérer inutile si une expertise judiciaire pluridisciplinaire était mise sur pied.

23. Par courrier du 7 octobre 2019, l'intimé s'est opposé à l'audition du Dr D_____, arguant de l'exhaustivité du dossier déjà constitué.

    Le 7 octobre 2019, le SMR a rappelé que la candidose chronique n'entraîne pas de limitations fonctionnelles, pas plus que la problématique virale, impossible à traiter de manière conventionnelle. Se référant à un article scientifique, le SMR considère que la valeur prédictive négative très élevée de la sérologie exclut certainement une borréliose à tous les stades (sauf précoce), d'autant qu'il n'y a pas de corrélation avec la clinique. Par ailleurs, il maintient que, lors de la consultation du 27 août 2018, les HUG ont écarté une neuroborréliose. Quant au laboratoire allemand DEDIMED, il n'est pas reconnu en Suisse. Pour le reste, les sérologies du 21 août 2017 ont été produites postérieurement à l'expertise et prises en considération par le SMR le 23 juillet 2019. En conclusion, il estime qu'il n'y a pas d'élément médical nouveau.

EN DROIT

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.

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).

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.

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.

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

établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence 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

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).

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).

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 ;

Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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

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).

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).

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

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'examens 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.

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.

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

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.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 13 mars 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	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