



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3897/2018

ATAS/165/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1981, originaire d'Italie, titulaire d'une autorisation d'établissement C, a travaillé en Suisse comme assistante administrative, aide de bureau, conseillère de vente et assistante bibliothécaire.
2. L'assurée a été en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mars 2013, attestée par le Dr B_____, FMH médecine interne générale, jusqu'au 31 mars 2015.
3. Le 23 mars 2010, le docteur C_____, FMH chirurgie de la main, a constaté un poignet hyperlaxe douloureux, sans lien avec l'accident de juin 2008 (chute sur le poignet droit).
4. Le 30 octobre 2012, le docteur D_____, FMH neurologie, a attesté d'un zona du dermatome S1 gauche, avec des dysesthésies à type de brûlures au toucher.
5. Le 17 mai 2013, le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (ci-après : le centre de la douleur) a rendu un rapport suite à deux consultations de l'assurée les 13 et 28 mai 2013. Il a posé les diagnostics de douleurs musculo-squelettiques diffuses ; s/p fracture du bassin et de deux côtes suite à un accident de moto en 1998 ; s/p multiples fractures au niveau du nez, d'un coude, des deux poignets, de l'annulaire gauche, des deux chevilles et des doigts de pieds à droite ; s/p zona du dermatome S1 gauche en octobre 2012 ; intolérance au lactose ; allergie à l'ibuprofène.

Des douleurs diffuses étaient apparues en 2008, particulièrement intenses dans les membres. L'anamnèse et le status évoquaient la présence de douleurs musculo-squelettiques diffuses pouvant entrer dans le cadre d'une sensibilisation centrale suite à de multiples traumatismes et un zona S1G. La reprise d'une activité de bureau, d'abord à 50% était encouragée, avec fréquents changements de position possibles.
6. Le 21 mars 2014, le Dr E_____, FMH rhumatologie, a attesté d'une entorse à la cheville droite en février 2013, douleurs à cet endroit depuis un an dans un contexte complexe de douleurs multiples, chroniques et diffuses.
7. Le 27 mars 2014, le département de chirurgie des HUG a attesté de plaintes de douleurs et instabilité de la cheville droite ; une stabilisation chirurgicale était indiquée.
8. Le 9 avril 2014, le Dr E_____ a décrit une symptomatologie en relation avec une entorse localisée sinus de tarse sans anomalie des ligaments latéraux de la cheville droite ; une approche chirurgicale n'était pas appropriée.
9. Le 24 mars 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
10. Le 21 avril 2015, la doctresse F_____, FMH rhumatologie-médecine interne, a rempli un rapport médical AI attestant d'un syndrome douloureux chronique diffus depuis plusieurs années, d'un suivi depuis 2010, d'une dernière consultation en

janvier 2014, d'une incapacité de travail due à des douleurs et de la fatigabilité ; il existait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans travail lourd, à évaluer.

11. Le 21 mai 2015, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis mars 2014 en raison d'un syndrome de douleurs chroniques post-traumatiques (AVP, polytraumatisme dont fracture du bassin) et une instabilité talo-fibulaire gauche post-entorse à répétition.
12. Le 12 juin 2015, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis le 21 mars 2014, d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de vendeuse et à évaluer dans une activité adaptée, selon les autres problèmes médicaux (travail assis envisageable). Elle présentait des douleurs et une instabilité chronique de la cheville droite depuis une entorse de février 2013. Une IRM de janvier 2014 montrait la persistance d'une récurrence de sinus de tarse droit, soit une lésion chronique.
13. Par communication du 17 août 2015, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'intervention précoce et de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.
14. Le 25 août 2015, le Dr B_____ a indiqué un état de santé stationnaire ; la capacité de travail était nulle et le ménage empêché par des douleurs chroniques.
15. Le 7 septembre 2015, le Dr E_____ a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 16 mars 2015.
16. Le 28 septembre 2016, le Dr B_____ a attesté d'une affection intestinale de type « colon spastique ».
17. Par communication du 23 février 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise était nécessaire, laquelle serait effectuée au CEMed par les docteurs G_____ (rhumatologue) et H_____ (psychiatre).
18. Le 6 mars 2018, le CEMed a convoqué l'assurée à un examen le 14 mars 2018 avec le Dr G_____ et le 28 mars 2018 avec le Dr H_____. Le papier à entête du CEMed mentionne les noms des médecins du CEMed, dont celui du Dr G_____ sous la spécialisation de médecine physique et réadaptation.
19. A la demande de l'OAI, le CEMed (Drs G_____, FMH médecine physique et réadaptation et H_____, FMH psychiatrie-psychothérapie) ont rendu le 13 juin 2018 un rapport d'expertise.

L'assurée se plaignait de douleurs lombaires en barre et dans la région iliaque suite à une fracture du bassin en 1998 (accident de la route en Italie), qui l'avait obligée de rester alitée pendant une année, de diminution de la sensibilité des doigts de la main droite suite à une chute en 2008, d'une entorse grave de la cheville droite en février 2013, suite de trois récurrences, avec persistance d'une instabilité, de douleurs dans tout le corps, de dorsalgies permanentes, de torsion de la cheville droite, de lâchage de la main droite, de la hanche droite, de gonflement du poignet et des

doigts droits, de palpitations, de sensibilité de la peau, d'intolérance au gluten et au lactose, de céphalée, d'essoufflement, d'infections urinaires à répétition, d'oublis, de ruminations, d'anxiété, de fatigue constante, de manque de confiance et de troubles du sommeil.

L'expert psychiatre a mentionné qu'il avait effectué un suivi psychothérapeutique de l'assurée en 2010 portant sur l'affirmation de soi et la gestion de certaines angoisses.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, l'examen clinique était dans les limites de la norme et ne permettait pas de retenir un substrat objectif aux nombreuses plaintes de l'assurée ; celle-ci n'était pas majorante à l'examen physique, elle était authentique dans sa souffrance, mais sa perception dramatique de son histoire médicale ne correspondait pas à la réalité objective de son état et de son dossier ; force était de constater qu'il n'y avait pas d'explication organique objective aux douleurs que présentait l'assurée ; même si le dossier et l'anamnèse faisaient état d'une hyperlaxité, elle n'était pas retrouvée à ce jour, sauf au niveau des poignets, le score de Breighton était à zéro ; il n'y avait pas d'élément clinique ou dans le dossier parlant pour un rhumatisme inflammatoire chronique qui avait été éliminé par les investigations réalisées par la Dresse F_____ en 2013.

Sur le plan psychique, sur la base des éléments anamnestiques et leur observation, les experts renaient un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; ce trouble survenait dans un contexte de difficultés professionnelles ; il était accompagné d'une tendance manifeste à la dramatisation des plaintes, tous les événements accidentels prenant des proportions extraordinaires ; l'assurée avait le sentiment de ne plus être prise au sérieux et le sentiment que les médecins n'allaient pas jusqu'au bout de leurs investigations, et ceci pour des raisons de coût ; toutefois, elle estimait que certains médecins la prenaient au sérieux.

Dans le cadre de cette affection, l'assurée présentait une dysthymie, mais cela ne nécessitait pas de poser un diagnostic séparé ; elle présentait une fatigue secondaire aux douleurs ; il y avait une augmentation de la fatigabilité ; la tristesse n'était pas constante ; elle restait réactive à des éléments positifs et il n'y avait pas d'anhédonie ; elle se sentait forte sur le plan psychique et elle ne se laissait pas aller ; les experts ne renaient pas d'épisode dépressif. L'assurée avait présenté dans un passé récent des troubles paniques, mais cela n'était plus le cas en ce moment. L'assurée estimait qu'elle ne dormait pas plus de deux à trois heures par nuit ; il n'y avait pas eu d'investigation du sommeil ; ce trouble du sommeil ne s'expliquait pas par son état psychique ; il devait être investigué.

L'expert a relevé qu'il avait suivi l'assurée en 2010 et a considéré qu'il pouvait néanmoins accepter le mandat d'expertise pour les motifs suivants : La relation médecin-patient avait pris fin en 2010 ; les motifs qui avaient amené l'assurée à consulter l'expert en 2010 différaient de sa situation actuelle ; le 23 février 2018, le nom de l'expert avait été communiqué à l'assurée qui n'avait pas soulevé

d'objections dans le délai imparti ; l'examen psychiatrique avait eu lieu le 28 mars 2018. A ce jour, l'assurée n'avait pas soulevé des doutes quant à l'impartialité de l'expert ; l'expert ne pratiquait plus dans le canton de Genève. Si à la suite de cette expertise l'assurée avait à nouveau besoin d'un suivi psychothérapeutique, elle ne serait pas privée de solliciter l'expert en tant que thérapeute, puisque ce dernier ne pratiquait plus dans le canton de Genève.

Ils ont posé les diagnostics de syndrome douloureux diffus sans substrat et syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Status post-fracture de l'aile iliaque gauche avec consolidation avec déformation, mais sans aucun retentissement fonctionnel ; status post-entorse latérale externe de cheville droite.

La capacité de travail était totale, sans diminution de rendement, dans l'ancienne activité et dans toute activité professionnelle non qualifiée ; il n'y avait pas de limitation fonctionnelle somatique ou psychique

20. Le 9 juillet 2018, le Dr I_____ du SMR, a rendu un avis médical estimant que l'expertise du CEMed était convaincante et que la capacité de travail était totale dans toute activité.
21. Par projet de décision du 24 juillet 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que l'atteinte à la santé n'était pas invalidante.
22. Le 12 septembre 2018, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle s'opposait au projet de décision car ses douleurs l'empêchaient de mener une vie professionnelle et handicapait sa vie privée et les activités ménagères. Elle a communiqué un rapport, en italien, du 28 août 2018 du Dr J_____, à Manopello Scalo, Italie.
23. Le 3 octobre 2018, la Dresse K_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel le Dr I_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée et que les atteintes mentionnées avaient été analysées par les experts.
24. Par décision du 4 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
25. Le 7 novembre 2018, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 4 octobre 2018, en relevant qu'elle était fortement atteinte dans sa santé depuis plusieurs années et en sollicitant une rente d'invalidité. Elle a communiqué un rapport du 1^{er} novembre 2018 du Centre de la douleur attestant de diagnostic de douleurs musculo-squelettiques diffuses depuis 2013 ; probable fibromyalgie ; signes en faveur d'une hypermobilité articulaire bénigne (Ehlers-Danlos). Il était évoqué des douleurs chroniques diffuses sous-tendues par une sensibilisation centrale et entrant dans le cadre d'une probable fibromyalgie ; il convenait encore d'exclure toute autre cause immunologique ou rhumatologique et investiguer une atteinte des petites fibres et une hypermobilité articulaire bénigne.
26. Le 5 décembre 2018, la recourante a complété son recours en faisant valoir que l'expertise du CEMed n'avait pas pleine valeur probante, notamment au regard des critères jurisprudentiels impératifs pour déterminer le caractère incapacitant ou non

des troubles somatoformes douloureux persistants ; le caractère invalidant apparaissait évident ; par ailleurs, il était douteux que l'expert psychiatre puisse fonctionner comme expert, dès lors qu'il avait été son médecin-traitant.

27. Le 14 janvier 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'expertise du CEMed avait pleine valeur probante et que l'expert psychiatre, qui n'était plus médecin-traitant de la recourante depuis de nombreuses années, n'avait pas été récusé immédiatement par la recourante, qu'enfin la procédure probatoire structurée de l'ATF 141 V 281 pouvait également être écartée lorsqu'un rapport médical ayant une pleine valeur probante concluait de manière convaincante à l'absence d'incapacité de travail sans qu'une autre évaluation médicale ne le contredise de manière probante, soit faute de qualification médicale, soit parce qu'elle ne revêtait pas de valeur probante pour quelque autre motif.

Il existait chez l'assurée des plaintes subjectives plus importantes que les constatations objectives et des échecs de réadaptation non expliqués par une lésion anatomique objective, il n'y avait pas de divergence d'analyse entre les médecins spécialisés ou généraliste ayant suivi la recourante et les experts. Les diagnostics retenus étaient considérés comme étant sans atteinte sur la capacité de travail. Ainsi, on se trouvait dans un cas où il n'était pas nécessaire de recourir à la procédure probatoire relative aux troubles somatoformes douloureux. Toutefois, une lecture attentive du rapport d'expertise permettait également d'exclure la présence d'une atteinte à la santé invalidante au regard des indicateurs topiques (qui étaient analysés par les experts en pages 23 à 25). L'assurée ne présentait pas de trouble dépressif, ni de troubles de la personnalité : l'atteinte à la santé était ainsi de gravité moindre et ne présentait pas de comorbidité. Il n'y avait pas de traitement médicamenteux, ce qui excluait l'échec des traitements. L'assurée était soutenue par ses médecins et sa famille, voyait des voisins ce qui représentait des ressources mobilisables indéniables. Par ailleurs, elle faisait un peu de courses, de ménage, sortait son chien plusieurs fois par jour, ce qui excluait la cohérence dans les domaines comparables de la vie. En outre, les experts relevaient de nombreuses discordances entre les plaintes de l'assurée et les constats objectifs, soit l'existence d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence.

28. Le 14 février 2019, la recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions. Elle a communiqué :
- un rapport d'IRM facial du 13 décembre 2018 concluant à l'absence d'anomalie significative ;
 - un rapport d'échographie mammaire bilatérale du 13 décembre 2018 concluant à un probable kyste ;
 - une prescription de physiothérapie du Dr L_____, FMH chirurgie orale et maxillo-faciale ;
 - une convocation de l'assurée le 18 février 2019 pour un examen électroneuromyographique aux HUG.

Enfin, elle avait débuté une thérapie en décembre 2018 auprès du Dr M_____, psychiatre, aux HUG.

29. Le 4 mars 2019, l'assurée a indiqué qu'elle avait rendez-vous en médecine génétique le 20 mars 2019.
30. Le 11 mars 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « J'ai subi un accident de la route en 1998 et je me suis fracturée le bassin. Depuis 2013 j'ai subi quatre entorses à la cheville droite. Ma cheville est instable, je ne peux plus faire de sport ni marcher correctement. Je dois porter des chaussures plates. J'ai eu plusieurs accidents depuis mon enfance avec diverses fractures. Je faisais beaucoup de sport. J'ai été vue par le Dr G_____ au CEMed, lequel m'a toutefois dit que je pouvais travailler. Toutefois je n'y arrive plus, j'ai cessé de travailler en 2011 en raison de douleurs dans tout le corps. Les douleurs ont débuté en 2009 avec de la fièvre et des courbatures pendant un an. Puis des douleurs au bassin, aux jambes et aux hanches qui se sont étendues ensuite à tout le corps. J'ai des inflammations et des névralgies. Je n'arrive presque plus à cuisiner et j'ai de la peine à faire mon ménage et je dois me faire aider par deux voisines et parfois par ma maman. J'ai suivi des thérapies proposées par le centre de la douleur des HUG, notamment un traitement dans l'eau chaude à Cressy, mais celui-ci est limité par l'assurance-maladie. J'ai fait les investigations qui étaient suggérées par le centre de la douleur et j'ai eu les résultats en janvier 2019. Aucun problème ou maladie n'est établi hormis une suractivité des reins, problème qui est présent depuis l'enfance. Je pense être d'accord avec le diagnostic de trouble somatoforme et de fibromyalgie. J'ai séjourné à Pise en 2011 dans un hôpital spécialisé dans les douleurs. Un diagnostic de fibromyalgie a également été posé, un traitement médicamenteux a été prescrit mais j'ai eu des effets secondaires sans résultat positif. Je suis retournée en 2012 dans cet hôpital, ils ne m'ont pas prescrit un autre traitement.

J'ai fait un ENMG de tout le corps en février 2019 mais je n'ai pas encore de résultats. J'ai rendez-vous avec un généticien le 20 mars pour une éventuelle biopsie.

L'expertise avec le Dr H_____ a été rapide, il avait été mon médecin traitant durant un an. Mon généraliste m'avait adressé à un psychiatre à la suite de mes douleurs. J'ai appelé le secrétariat du CEMed avant le rendez-vous pour demander si je pouvais être vue par un autre psychiatre. J'ai renouvelé ma demande le 15 mars jour du rendez-vous. On m'a répondu que cela ne posait aucun problème. Je ne savais pas quoi faire et je ne savais pas que je pouvais exiger un autre médecin. L'entretien avec le Dr H_____ a duré trente minutes. Depuis décembre 2018 je suis suivie par le Dr M_____, psychiatre que je vois chaque deux semaines. Je suis aussi suivie par les Drs F_____ et B_____, ainsi que par le centre de la douleur.

J'estime que je suis totalement incapable de travailler en raison de mes douleurs, de vertiges et de blocages. Je ne peux quasiment plus écrire, ni me concentrer. J'ai de la peine à m'habiller et me doucher. Je vis toute seule et je ne suis aidée que par mes deux voisines pour le ménage. J'ai également des problèmes de sommeil, de la fatigue, des problèmes de concentrations, cela devient invivable ».

31. A la demande de la chambre de céans, le CEMed a précisé le 19 mars 2019 quelle partie de la synthèse et discussion avait été rédigée par quel expert et indiqué que l'expert G_____ disposait d'une spécialisation en médecine physique et réadaptation.
32. A la demande de la chambre de céans, les médecins suivants ont donné des renseignements complémentaires :

- Le 20 mars 2019, la Dresse F_____ a attesté d'un suivi depuis 2010 et d'un diagnostic de syndrome douloureux chronique diffus ; elle était d'accord avec les constatation et conclusions somatiques de l'experte du CEMed ainsi qu'avec le diagnostic de syndrome douloureux diffus sans substrat ; l'assurée présentait les limitations suivantes : pas de port de charge de plus de 20 kg, et la nécessité d'alterner parfois les positions (assise/debout).
- Le 6 avril 2019, le Dr B_____ a attesté d'un suivi depuis décembre 2011 pour un syndrome douloureux chronique post-traumatique (polytraumatisme sur accident de moto en août 1998) entraînant une capacité de travail nulle en raison de symptôme douloureux et de fatigue ; il n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr G_____.
- Le 23 avril 2019, le Dr M_____ a attesté d'un suivi depuis le 6 décembre 2018 pour un syndrome douloureux somatoforme persistant et un épisode dépressif moyen. Il n'était pas d'accord avec le volet psychiatrique de l'expertise du CEMed car l'assurée souffrait aussi d'un trouble dépressif moyen avec tristesse quotidienne, diminution du plaisir, découragement, fatigabilité, troubles du sommeil et difficultés à se projeter dans l'avenir. Son trouble dépressif était effectivement lié à ses douleurs intenses et handicapantes qui favorisaient son isolement social et rendaient sa capacité de travail nulle. Il existait des limitations fonctionnelles en ce qui concernait la reprise de son activité professionnelle (tristesse et découragement en lien avec ses douleurs, baisse de la motivation et de l'énergie, diminution du plaisir, fatigabilité, troubles du sommeil, intolérance au stress, isolement social), qui rendaient sa capacité de travail nulle pour toute activité professionnelle.

En l'état, l'assurée ne prenait pas d'antidépresseur car elle craignait la prise de poids mais restait ouverte à cette option thérapeutique. Le trouble somatoforme et l'état dépressif étaient résistants aux différentes mesures thérapeutique entreprises.

- Le 9 mai 2019, la docteure N_____ de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG a indiqué un suivi à trois reprise en mai 2013 et octobre 2018

pour un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les douleurs et leurs répercussions fonctionnelles et psychiques réduisaient fortement les capacités fonctionnelles de l'assurée exigeant des efforts physiques répétés ou le port de charge ; elles entraînaient aussi des modifications psychiques ; elles limitaient sa capacité de stationnement debout immobile, la durée de marche, les mouvements répétitifs et le port de charge ; une capacité de travail totale n'était pas envisageable en octobre 2018 ; le Dr G_____ ne tenait pas compte de la littérature internationale, validée par l'OMS dans le domaine des douleurs chroniques ; le syndrome douloureux diffus n'était pas sans substrat puisque des tests électro-physiologique et radiologique (non pratiqués à Genève en routine) objectivaient des modifications anatomique et fonctionnelle au niveau de la corne postérieure de la moelle et au niveau des aires cérébrales dans les douleurs chroniques.

33. Le 4 avril 2019, l'assurée a communiqué un rapport d'ENMG du 18 février 2019 concluant comme suit : « Cet examen électrophysiologique montre une diminution du seuil de la douleur significatif par rapport aux normes. Le reste de l'examen électrophysiologique est dans les limites de la norme. L'assurée pourrait souffrir d'une neuropathie des petites fibres par gain de fonction qui peut se manifester par ce tableau clinique. Je l'adresse de ce fait en Médecine génétique pour essayer d'approfondir ce point. Si effectivement nous arrivons à mettre en évidence un gain de fonction sur un gène connu des canaux sodiques pouvant être en cause de cette neuropathie, un traitement plus spécifique va lui être proposé. J'ai introduit ce jour la gabapentine, un anti-épileptique, qui est tout à fait connue et utilisée dans les neuropathies douloureuses afin d'essayer de diminuer les sensations désagréables. L'assurée me tiendra au courant de l'effet de la gabapentine sur les douleurs. Il est important de signaler que nous ne connaissons actuellement pas toutes les mutations génétiques des canaux qui pourraient donner un tableau de neuropathie des petites fibres par gain ou par perte de fonction. Le tableau clinique est évocateur de cette entité ».
34. Les 13 et 20 mai 2019, l'assurée a observé que le Dr G_____ n'était pas rhumatologue et que le Dr H_____, ancien psychiatre traitant, ne pouvait fonctionner comme expert ; l'expertise du CEMed n'avait déjà, pour ces motifs, pas de valeur probante. La Dresse F_____ avait reconnu de façon incompréhensible une capacité de travail alors qu'elle l'avait encouragée à effectuer des démarches à l'AI, estimant sa capacité de travail nulle. Dès lors, que cette médecin travaillait pour le CEMed, il convenait d'apprécier son avis avec circonspection. Par ailleurs, les Drs B_____, M_____ et N_____ estimaient sa capacité de travail nulle ; enfin, elle était en investigation d'une éventuelle neuropathie des petites fibres.
35. Les 2 et 21 mai 2019, la Dresse K_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel l'appréciation de la Dresse N_____ concernant la capacité de travail de l'assurée ne reposait pas sur des éléments médicaux objectifs et que les douleurs avaient été

prises en compte par les experts, avec analyse des indicateurs de la jurisprudence en vigueur.

La Dresse F_____ n'avait pas retenu le diagnostic d'hypersensibilité articulaire bénigne dans son rapport du 20 mars 2019. La neuropathie des petites fibres était une entité encore méconnue au sein des syndromes douloureux chroniques. Caractérisée par la présence de douleurs neuropathiques à type de brûlure, prédominant au niveau des pieds et des membres inférieurs, elle pouvait prendre de multiples formes. La neuropathie des petites fibres touchait les fibres nerveuses extrêmement fines et de conduction lente qui composaient environ 80 % de la masse nerveuse périphérique. Un dysfonctionnement de ces fibres nerveuses (ou une diminution de leur densité) s'accompagnait d'une sensibilité accrue à la douleur, de troubles de la sensibilité et d'un renforcement de la réactivité du système nerveux. A l'heure actuelle, les résultats des tests génétiques n'étaient pas en leur possession. Ces tests étaient censés confirmer ou informer la présence d'une neuropathie des petites fibres. La précision d'un diagnostic permettait la mise en place d'un traitement léger qui permettrait, en règle générale, une amélioration de l'état de santé. En tout état de cause, les douleurs ressenties par l'assurée avaient été prises en compte dans l'évaluation médicale des experts, et les indicateurs topiques avaient été analysés. Aussi, quand bien même une cause objective aux douleurs serait étayée des suites des investigations en cours, l'appréciation de la capacité résiduelle de travail et le caractère invalidant des douleurs ne sauraient en être modifiés. S'agissant enfin de l'atteinte psychiatrique, une possible aggravation de l'état de santé psychique était envisageable, mais était bien postérieure à la décision. La question du caractère réactionnel de l'aggravation de la santé psychique pouvait se poser.

36. Le 21 mai 2019, l'OAI s'est rallié aux avis du SMR précités.
37. Le 5 décembre 2019, l'assurée a communiqué un rapport du 1^{er} novembre 2019 du docteur O_____ du Service de médecine génétique des HUG selon lequel l'exploration génétique réalisée (rapport du 8 août 2019) n'avait pas permis de mettre en évidence une causalité génétique au phénotype de l'assurée ; une nouvelle réanalyse bio-informatique serait indiquée, vu l'évolution constante des connaissances scientifiques dans le domaine ; l'assurée était adressée au service de neurologie des HUG pour le suivi du diagnostic clinique et électro physiologique.
38. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de l'évaluation de sa capacité de travail.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

6. 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 émanant 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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (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), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- 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).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive

l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le

niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 131 V 49 consid. 1.2).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes 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 (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

7. 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). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, 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).

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 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. 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
- 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 LPG), 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. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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).

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).

9. 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).

10. 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).
11. a. En l'occurrence, l'intimé a diligenté une expertise auprès du CEMed, lequel a rendu un rapport le 13 juin 2018. La recourante conteste préalablement la valeur probante de l'expertise du CEMed, au motif que le Dr H_____ a été son médecin traitant et que le Dr G_____, contrairement à l'information donnée par l'intimé, n'est pas un spécialiste en rhumatologie. Il convient d'examiner si ces éléments justifient la récusation de ces experts.
- b. Lorsqu'une expertise est ordonnée, l'autorité nomme un ou des experts (art. 38 al. 1 LPA). Un délai est imparti aux parties pour proposer, s'il y a lieu, la récusation des experts (art. 39 al. 1 LPA). Les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire, si elles représentent une partie ou ont agi dans la même affaire pour une partie, ou encore si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (cf. art. 36 al. 1 LPGA, art. 10 al. 1 let. a, c et d de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968, PA - RS 172.021). Le droit cantonal n'offre pas de garantie supplémentaire. En effet, en vertu de l'art. 39 al. 2 LPA, les causes de récusation prévues pour les membres des autorités administratives s'appliquent aux experts. L'art. 15 al. 1 LPA prévoit la récusation des membres des autorités administratives, notamment, s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie

dans la même affaire (let. c) ou s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité (let. d).

En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGa) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles), ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108 ; voir aussi ATF 139 V 349, 138 V 271).

Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1er, 30 al. 1er Cst. et 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (cf. ATF 134 I 20 consid. 4.2 p. 21 et les arrêts cités).

En matière d'expertise médicale, le fait qu'une expertise a été réalisée par un ancien médecin traitant de l'assuré soumis à cette mesure d'instruction ne justifie pas d'exclure d'emblée une telle expertise, en l'absence d'autre circonstance objective jetant le doute sur l'impartialité de l'expert, par exemple parce qu'il n'a pas rédigé son rapport de manière neutre et factuelle (ATFA non publiés du 3 février 2006, I 832/04, consid. 2.3.1 et du 17 août 2004, I 29/04, consid. 2.2 et les références). Le fait qu'un médecin se soit déjà prononcé sur le cas de l'assuré ne constitue pas une circonstance de nature à susciter une apparence de prévention au sens de la jurisprudence précitée (cf. arrêt du 8 septembre 2000 cause U 291/99). Enfin, il convient de rappeler qu'il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que la partie qui demande sa récusation doit apporter la preuve permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du 27 août 2004 cause I 752/03 et doctrine citée).

Par ailleurs, selon l'art. 15 al.3 LPA, la demande de récusation doit être présentée sans délai à l'autorité.

c. En l'occurrence, l'intimé a indiqué de façon erronée à la recourante, par le biais de la communication du 23 février 2018, que le Dr G_____ s'occupait du volet

rhumatologique de l'expertise, alors qu'il est spécialisé en médecine physique et réadaptation mais pas en rhumatologie. Cependant, cette erreur pouvait aisément être décelée à réception par la recourante de la convocation du CEMed du 6 mars 2018, sur laquelle figure la spécialisation du Dr G_____ ; or, la recourante n'a pas réagi à la suite de cette convocation, tout comme elle n'a pas réagi non plus à réception du rapport d'expertise du CEMed du 13 juin 2018, lequel était signé par le Dr G_____ en tant que spécialiste en médecine physique et réadaptation et lequel comprenait un volet de cette spécialisation et un volet psychiatrique mais pas de volet rhumatologique. La recourante a seulement relevé ce fait le 13 mai 2019, après que la chambre de céans ait interpellé le CEMed sur cette question, de sorte qu'une éventuelle demande de récusation à l'encontre du Dr G_____, si tant est qu'un motif existe, serait tardive. La question de la compétence du Dr G_____ peut en revanche être examinée dans le cadre de l'appréciation de la valeur probante de l'expertise du CEMed, effectuée ci-après.

Il en est de même d'une éventuelle demande de récusation du Dr H_____, la recourante n'ayant formé une objection à l'encontre de ce médecin que le 5 décembre 2018 (dans son complément de recours), alors que le nom du Dr H_____ lui avait été communiqué le 23 février 2018 et que celui-ci avait expliqué dans le rapport d'expertise du 13 juin 2018 les raisons pour lesquelles il estimait être en mesure de faire l'expertise, nonobstant son ancienne intervention comme médecin traitant de la recourante. Au surplus, selon la jurisprudence précitée, la position de médecin traitant n'est pas un motif en soi pour obtenir la récusation de celui-ci œuvrant comme expert, ce d'autant qu'en l'espèce la recourante ne formule aucun reproche qui pourrait jeter le doute sur l'impartialité du Dr H_____.

Partant, il n'y a pas de motif justifiant la récusation des experts G_____ et H_____.

12. a. Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du CEMed du 13 juin 2018. Fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant l'histoire médicale de la recourante, ses plaintes, une anamnèse complète, une description des activités quotidiennes, un status psychique et somatique, des diagnostics clairs ainsi qu'une appréciation motivée des limitations fonctionnelles de la recourante, l'expertise du CEMed répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, sous réserve de l'examen des indicateurs jurisprudentiels précités, comme il sera exposé ci-après.

Du point de vue somatique, il n'y a pas d'explication organique objective aux douleurs, soit la présence d'un syndrome douloureux diffus sans substrat ; du point de vue psychique il y a un syndrome douloureux somatoforme persistant.

- b. Préalablement, il convient de relever que la recourante ne prétend pas qu'un volet rhumatologique était nécessaire pour évaluer son état de santé, en lieu et place du volet de médecine physique et de rééducation. Le fait que le Dr G_____ ne soit pas rhumatologue n'est ainsi pas déterminant, ce d'autant que la rhumatologue traitante de la recourante s'est ralliée aux conclusions de ce dernier.

c. L'instruction menée par la chambre de céans auprès des médecins traitants de la recourante ainsi que les investigations menées par le service de neurologie et le service de médecine génétique des HUG, n'amènent pas d'éléments déterminants qui remettraient en cause les données recueillies, le status, les constatations et les diagnostics posés par l'expertise du CEMed. En effet, la Dresse F_____ s'est ralliée aux conclusions de l'expertise, en ajoutant que la recourante ne pouvait pas porter de charge de plus de 20 kg et devait alterner les positions assise/debout, soit des limitations qui restent compatibles avec la capacité de travail reconnue à la recourante dans son ancienne activité de vendeuse. Le Dr B_____ a mentionné, dans le même sens, un syndrome douloureux chronique post-traumatique non objectivable. Quant à la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, elle a mentionné (rapport du 1^{er} novembre 2018) une probable fibromyalgie et des crises d'anxiété qui avaient diminué avec le suivi du Dr H_____ et qui étaient actuellement devenues plus fréquentes, un trouble dépressif moyen, lié aux douleurs et (rapport du 9 mai 2019) un syndrome somatoforme douloureux persistant ; en outre, le diagnostic de syndrome douloureux diffus sans substrat était contesté, au motif que certains tests pouvaient objectiver les douleurs. A cet égard, il n'est cependant pas allégué que la recourante se serait soumise à de tels tests. Par ailleurs, l'ENMG du 18 février 2019 évoque seulement une neuropathie des petites fibres par gain de fonction et la nécessité d'investiguer plus avant par le biais d'un test génétique, lequel a exclu toute anomalie génétique (rapport du 8 août 2019). On ne saurait dès lors retenir, sur la base de ces éléments, un syndrome douloureux objectivé. Par ailleurs, la consultation ambulatoire de la douleur fait état d'une possible aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, par la présence d'un état dépressif moyen attesté, au plus tôt, depuis le suivi du Dr M_____ le 6 décembre 2018 (rapport du 23 avril 2019). Or, cette aggravation étant postérieure à la décision attaquée du 4 octobre 2018, elle sort de l'objet du présent litige. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence ; arrêt du Tribunal Fédéral 9C 207/2008 du 16 mars 2009).

Ainsi, les constatations et diagnostics retenus par le CEMed sont confirmés par les médecins traitants de la recourante. Les experts, comme les médecins traitants, reconnaissent la présence chez la recourante d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

d. En revanche, le Dr B_____ et les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur estiment que le syndrome somatoforme douloureux persistant est totalement incapacitant depuis mars 2013 (Dr B_____) ou à tout le moins depuis octobre 2018 (consultation ambulatoire de la douleur), alors que l'expertise du

CEMed a conclu à une capacité de travail totale de la recourante dans son ancienne activité de vendeuse. A cet égard, en présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, l'intimé se devait de procéder à l'examen des indicateurs jurisprudentiels précités, afin d'évaluer son impact sur la capacité de travail de la recourante. Or, s'agissant de l'évaluation du caractère incapacitant de ce syndrome, il convient de constater que l'expertise du CEMed ne contient pas suffisamment d'éléments permettant, comme elle l'a fait, de l'écarter, en particulier d'éléments permettant d'évaluer les indicateurs jurisprudentiels précités.

d/aa. Les constatations et conclusions de l'expertise du CEMed permettent tout d'abord de retenir une atteinte à la santé importante et pertinente, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusions tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281). En particulier, l'expert psychiatre a considéré que la recourante était authentique dans l'expression de ses douleurs et que son attitude était adéquate envers l'examineur, nonobstant des traits histrionique (expertise CEMed p. 19) ; l'expertise somatique a relevé que la recourante n'était pas majorante à l'examen physique, qu'elle était authentique dans sa souffrance même si elle avait une perception dramatique de son histoire médicale (expertise CEMed p. 23). Par ailleurs, les Drs B_____ et la consultation ambulatoire de la douleur estiment que l'affection de la recourante est totalement incapacitante.

d/bb. S'agissant du traitement, la recourante ne bénéficie plus de physiothérapie et ne suit pas de psychothérapie. Elle prend cependant des médicaments dont des antidouleurs et des anti-inflammatoires (expertise CEMed p. 13). Elle a, pendant une courte période, bénéficié d'un traitement antidépresseur (expertise CEMed p. 10). L'expert psychiatre ne s'est pas prononcé sur la question du traitement alors que l'expert en médecine physique et réadaptation a indiqué que le traitement avait été conduit selon les règles de l'art (expertise CEMed p. 24). Au vu de ce qui précède, l'expertise du CEMed ne permet pas d'évaluer correctement ce critère, en particulier de déterminer l'existence d'un échec des traitements et d'en tirer des conséquences sur le degré de gravité de l'atteinte à la santé de la recourante et le poids effectif des souffrances.

d/cc. Aucune comorbidité n'est signalée ni aucun trouble de la personnalité par les experts ou les médecins traitants, étant relevé que le trouble dépressif doit être considéré comme établi depuis décembre 2018 seulement.

d/dd. S'agissant du contexte social, la recourante est principalement soutenue par ses médecins et sa famille (expertise CEMed p. 24) ; une voisine et sa mère effectuent les activités ménagères ; elle n'a aucune relation professionnelle mais voit ses parents, la voisine (avec laquelle elle mange parfois) et de la famille du côté de sa mère (expertise CEMed p. 15 - 16). Au vu de ce qui précède, il semble que la recourante présente un retrait social, confirmé par ses médecins traitants, lesquels évoquent un isolement social (rapport de la consultation ambulatoire de la douleur du 23 avril 2019).

d/ee. S'agissant de la cohérence, les experts ont relevé une atteinte uniforme dans tous les domaines de la vie, une limitation des activités au quotidien, une autonomie limitée aux tâches administratives, des activités ménagères réduites, aucun loisir, aucun déplacement sans être aidée, une activité limitée à des sorties avec son chien et une limitation dans toutes ses activités (expertise CEMed pp. 15, 23 et 24). Par comparaison, dans sa jeunesse, la recourante a pratiqué du volley ball à haut niveau, du tennis et du basket (expertise CEMed p. 12). Dans le même sens, la consultation ambulatoire de la douleur a relevé une diminution globale de tous les aspects de la qualité de vie (rapports des 1^{er} novembre 2018 et 9 mai 2019). Au vu de ce qui précède, l'atteinte à la santé de la recourante semble la limiter de façon importante dans ses travaux habituels et dans ses loisirs ; elle semble présenter un retrait social conséquent étant donné que ses relations sont limitées à sa famille et une voisine. Par ailleurs, son niveau d'activité sociale s'est modifié de façon importante depuis l'atteinte à la santé dès lors qu'elle n'a plus aucun loisir alors qu'elle effectuait plusieurs activités sportives dont du volley ball à haut niveau.

e. Au demeurant, l'expertise du CEMed permet d'écarter d'emblée un motif d'exclusion, de sorte que le diagnostic retenu doit être examiné à l'aune des indicateurs jurisprudentiels. S'agissant de ceux-ci, seuls la comorbidité et le diagnostic de personnalité ont été clairement examinés et niés par les experts. En revanche, les éléments relatifs au traitement ne permettent pas de comprendre l'analyse des experts, laquelle n'y figure pas explicitement, étant relevé que les experts semblent plutôt considérer qu'il existe un échec de tous les traitements ; le contexte social est décrit comme pauvre, avec des ressources limitées aux parents et à une voisine ; la cohérence semble totale entre l'invocation d'une incapacité totale de travail et les activités du quotidien, drastiquement limitées, en particulier en rapport avec les activités sportives importantes existant avant l'atteinte à la santé.

Or, selon le Tribunal 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 oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309; 137 V 210 consid. 6 p. 266 ; arrêt du Tribunal Fédéral 9C 797/2017 du 22 mars 2018).

En l'occurrence, un tel complément d'expertise s'impose, pour les motifs précités, de sorte que le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 4 octobre 2018 sera annulée. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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]). Etant

donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 4 octobre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 1'500.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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