

GE_GERICHTE A/4797/2017 vom 13. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4797_2017

FR: GE_GERICHTE A/4797/2017 du 13 mars 2019

IT: GE_GERICHTE A/4797/2017 del 13 marzo 2019

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____, à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Pierre WAVRE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1961, divorcée et mère de trois enfants, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 18 mars 2016. Elle précisait être femme au foyer depuis mars 2013, souffrir de fibromyalgie depuis plusieurs années et avoir été en incapacité de travail pour cause de maladie dès septembre 2007 à 100%.! [endif]>! [if> 2. À teneur de son curriculum vitae, l'assurée a suivi des formations en réflexologie générale (2010), médecine académique (2010), acupressure digitale (2011), aromathérapie (2012) et technique de l'utilisation de ventouses (2013). Elle était en arrêt maladie depuis octobre 2014. Auparavant elle avait été professeur de danse (de 1985 à 2008) et technicienne et formatrice informatique software/hardware (de 1999 à 2009).! [endif]>! [if> 3. À teneur d'un rapport établi le 1^{er} décembre 2015 par le professeur C_____, médecin adjoint agrégé et la docteure D_____, médecine interne, du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), l'assurée a été vue le 30 novembre 2015 pour des douleurs diffuses chroniques. Les diagnostics étaient des douleurs diffuses en cours d'investigation et des troubles dégénératifs cervicaux pluri-étagés. L'intéressée avait été adressée au service de rhumatologie par son médecin traitant pour une évaluation diagnostique de douleurs diffuses évoluant par crises depuis deux ans. Les douleurs étaient apparues une première fois en 2013 alors qu'elle était en Guadeloupe pour ouvrir un cabinet de médecine naturelle, raison pour laquelle elle avait dû revenir en Suisse. La situation avait été supportable jusqu'à un second voyage en Guadeloupe, en mai 2014. Elle avait alors présenté des douleurs articulaires et musculaires diffuses associées à des lésions cutanées, des nausées, un état fébrile, un malaise vagal, des difficultés respiratoires, des adénopathies diffuses, des aphtes et une perte de poids de 10 kg en deux mois (actuellement stable depuis 2014). Elle avait été rapatriée en septembre 2014. L'assurée avait indiqué que c'était la période du chikungunya et qu'elle avait les mêmes symptômes que les patients atteints de ce diagnostic. La consultation de médecine tropicale, consultée par l'assurée à son retour de Guadeloupe, n'avait pas retenu d'élément pour une dengue, une malaria ou un chikungunya. Depuis, les douleurs étaient présentes surtout au niveau de la nuque, des coudes, de l'épaule droite, de l'avant-bras, du bras, des lombaires et de la face latérale des hanches. L'assurée avait des douleurs dès qu'elle appuyait sur quelque chose, lesquelles pouvaient parfois disparaître complètement pendant plusieurs jours, puis réapparaître soudainement. Ces douleurs étaient associées à des fourmillements, picotements, engourdissements, brûlures et sensation de froid, décharges électriques au niveau des mains, pieds, faces latérales, cuisses et dos. La

patiente pensait que ces symptômes pouvaient être liés au chikungunya, à la présence de métaux lourds dans les brumes sablonneuses de Guadeloupe ou à la diffusion d'acide sulfurique par les algues toxiques dans ce pays. En mai 2015, elle avait été vue par le docteur E_____, neurologue, qui mentionnait une IRM cérébrale normale en septembre 2014, hormis des adénopathies jugulo-digastriques et un examen neurologique normal. Les neurographies sensitivomotrices des membres supérieurs ne montraient pas d'anomalie. Selon l'examen clinique, l'état général de la patiente était excellent, la marche et le déshabillage étaient sans particularité. Il n'y avait pas de « ADP » au niveau antérieur cervical palpé, mais il avait été impossible à tester en postérieur en raison de douleurs à l'effleurement. Il n'y avait pas de lésions cutanées. Il y avait des douleurs à l'effleurement de la nuque et de l'ensemble du dos, à la palpation très superficielle diffusément au niveau des bras, avant-bras, cuisses et jambes en antérieur et postérieur. Il y avait 18 sur 18 points de fibromyalgie. Il n'y avait pas de douleurs spécifiquement des enthèses. La mobilité des épaules était complète, mais tous les mouvements étaient douloureux. [endif]>![if> Sous discussion, les médecins indiquaient que la patiente présentait des douleurs diffuses et de multiples symptômes mal systématisés avec un examen clinique normal. Il n'y avait pas d'élément actuellement en faveur d'une infection à chikungunya. Au vu du syndrome sec, de l'alopecie et de l'absence de franche arthrite, on pouvait éventuellement évoquer une connectivite. Afin d'écarter un éventuel rhumatisme inflammatoire ou une autre étiologie de douleurs chroniques, il était proposé en premier lieu de refaire un bilan sanguin. Pour une myosite, il y avait des douleurs diffuses musculaires, mais pas de faiblesse ou de symptômes cutanés typiques. Enfin, au vu de la perte de poids, de l'asthénie et du tabagisme actif, il fallait évoquer un éventuel syndrome paranéoplasique. Ils reverraient la patiente à la suite de ce bilan. 4. Selon un second rapport établi le 27 janvier 2016 par les Drs C_____ et D_____, l'assurée avait été revue au service de rhumatologie, le jour précédent. Le bilan biologique avec VS, FSC, CRP, Ca, PO4 vitamine D3, TSH, CK et tests hépatiques était normal. Au vu d'un syndrome sec et une notion d'alopecie, un bilan auto-immune avait été effectué pour exclure une connectivite et montrait des FAN négatifs, mais des anti-nucléoprotéines à 70 de type anti-Jo1 à 40 (norme à 20), mais uniquement positif à l'ELISA (dépistage), mais pas au blot. Ces anticorps étaient liés à des myosites de type anti-synthétase, maladie pour laquelle la patiente n'avait actuellement aucun symptôme. Il s'agissait probablement d'un faux positif. Ils se proposaient de le reconstrôler à six mois au laboratoire des HUG. Ils n'avaient pas trouvé d'éléments évoquant une origine rhumatologique aux symptômes de la patiente. Au vu de la chronicité de ceux-ci, de différents bilans normaux et de la présence de signes de non-organicité, le diagnostic le plus probable restait un syndrome douloureux chronique. Dans ce cadre, ils proposaient de rassurer la patiente par rapport aux différents bilans effectués, de l'encourager à se mobiliser et à garder une vie active, ce qui permettrait d'améliorer l'atteinte fonctionnelle. Ils proposaient d'effectuer de la physiothérapie à sec et en piscine. Il fallait éviter les opiacés, qui ne montraient aucun bénéfice dans les syndromes douloureux chroniques, mais des risques de dépendance. Le seul traitement antalgique ayant prouvé un effet sur les douleurs, mais pas sur la fonction, était le Tramadol. Il fallait plutôt privilégier un traitement visant à augmenter le seuil de la douleur, de type anti-épileptique (Prégabaline ou Gabapentine) ou antidépresseur (Duloxetine, Venlafaxine, SSRI, tricycle). Enfin, un soutien psychiatrique avec si possible des approches de thérapie cognitivo-comportementale était conseillé. Dans tous les cas, il fallait fixer des objectifs fonctionnels (arrivée plus tardive des crises douloureuses après un effort par exemple), plutôt que la disparition des

douleurs.![endif]>![if> 5. Le 19 août 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour le moment en raison de son état de santé. ![endif]>![if> 6. Sur question du service médical régional de l'AI (ci-après SMR), la doctoresse F_____, médecin praticien FMH, a indiqué, le 3 novembre 2016, que l'assurée était atteinte d'une fibromyalgie incapacitante depuis le deuxième trimestre de l'année 2014. Elle présentait des douleurs chroniques, permanentes, diffuses, d'intensité légère à intense, selon les moments de la journée ou de la semaine, et souvent insomniantes. La fatigabilité était importante et la fatigue ou le stress entraînaient une recrudescence de ses douleurs. Cet état ne lui permettait pas de fournir des soins à ses patients alors qu'elle-même n'était pas en pleine santé. Elle avait des limitations en termes de concentration, résistance, port de charges, maintien des positions assise ou debout, rotation de la tête, travail avec les bras en extension. ![endif]>![if> 7. Le 25 octobre 2016, la Dresse D_____ a informé le SMR que la patiente n'était pas revenue au service de rhumatologie depuis le mois de janvier.![endif]>![if> 8. Selon un avis médical établi le 22 décembre 2016 par le docteur G_____ et la doctoresse H_____, médecins du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), au vu du rapport du médecin traitant de l'assurée du 3 novembre 2016 et de ceux établis par le service de rhumatologie des HUG les 1^{er} décembre 2015 et 27 janvier 2016, concluant à un syndrome douloureux chronique probable, un examen SMR était requis, voire une expertise psychiatrique, pour analyser la situation en fonction des indices développés par la jurisprudence. ![endif]>![if> 9. Le 31 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait mandaté le professeur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour effectuer une expertise, qui était nécessaire pour clarifier son droit aux prestations.![endif]>![if> 10. À teneur du rapport établi le 25 juin 2017 par le Prof. I_____ et Madame J_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, les experts se sont entourés de tous renseignements utiles, après avoir pris connaissance du dossier de l'assurance. L'expertise se fonde sur deux entretiens avec l'assurée d'une durée totale de 190 minutes, d'une évaluation neuro-psychologique du 22 mai 2017, d'un entretien avec la Dresse F_____ le 19 juin 2017 et d'un entretien avec les filles de l'assurée. Le rapport d'expertise contient une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, un résumé des plaintes et des données subjectives de l'expertisée et des renseignements obtenus auprès des tiers. Selon les experts, il n'y avait pas de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. L'expertisée ne présentait pas une pathologie psychiatrique nécessitant le recours à un spécialiste. Un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme ne devait pas être retenu par défaut d'explications en termes de médecine physique. Il était possible que des symptômes anxieux et dépressifs puissent faire leur apparition face à la chronicité de la perte des capacités fonctionnelles, mais ces symptômes étaient transitoires et non constitutifs d'une affection au sens des classifications diagnostiques. L'expertisée était désireuse d'une réadaptation professionnelle. Les termes d'une telle réadaptation devaient être négociés en fonction de sa condition physique. ![endif]>![if> S'agissant de la cohérence, il s'agissait d'une femme intelligente et extravertie ayant une trajectoire de vie sans décompensation psychique et ayant bien pu négocier les facteurs de stress (divorce et multiples déménagements). Passionnée de danse et plus tard par la médecine chinoise et la réflexologie, elle n'avait pas présenté de symptômes constitutifs d'un épisode dépressif lors de son burn out en 2009 et avait vécu une vie active jusqu'en 2014. C'était à partir d'octobre 2014 qu'elle avait présenté des douleurs diffuses invalidantes avec une

fatigabilité accrue rendant certaines activités à domicile et ses déplacements très laborieux. La survenue abrupte des symptômes, l'absence d'antécédents psychiatriques ou de vulnérabilité psychique, la présentation clinique actuelle avec absence d'éléments dépressifs et anxieux et la projection adéquate dans l'avenir rendait une explication psychiatrique des douleurs peu vraisemblable. De plus son contexte systémique était stable et investi positivement. Les capacités de résilience étaient de bonne qualité et on ne retrouvait aucun argument en faveur d'une pathologie du caractère. Ainsi, aucune invalidité d'origine psychiatrique ne pouvait être retenue. Le syndrome douloureux somatoforme avait été posé en tant que diagnostic d'exclusion, mais on ne retrouvait aucun argument psychopathologique pouvant l'étayer. La capacité de travail était de 100% sur le plan psychiatrique. 11. Selon un rapport établi par le SMR du 11 août 2017, l'expertise était convaincante et il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Aucun diagnostic psychiatrique n'était posé concernant l'assurée et, de ce fait, sa capacité de travail était entière dans l'activité habituelle. 12. Par projet de décision du 11 août 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune invalidité ne pouvait être admise et qu'elle n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 13. Le 23 août 2017, la Dresse F_____ a fait part au SMR de son étonnement quant au refus de prestations à l'assurée. En effet, le rapport final du SMR relevait qu'il n'y avait aucun diagnostic psychiatrique et que la capacité de travail de l'assurée sur le plan psychiatrique était entière, reprenant les conclusions de l'expertise, ce qu'elle ne contestait pas. Cependant, la motivation de sa demande d'assurance-invalidité pour la patiente était le diagnostic de fibromyalgie posé en 2015 aux HUG, qui avait été repris dans l'avis médical du SMR du 22 décembre 2016, demande à laquelle le SMR ne répondait pas. En effet, dans ce même avis médical, le SMR demandait une expertise psychiatrique pour déterminer l'éligibilité de la patiente pour la prise en charge d'un syndrome douloureux chronique. Le rapport d'expertise relevait qu'il n'y avait pas d'argument psychopathologique pouvant étayer le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, ce qui orientait donc le syndrome douloureux chronique vers une cause physique et non pas psychique. Elle demandait en conséquence le réexamen du dossier de l'assurée sur le plan rhumatologique et précisait que la patiente était disposée à se soumettre à une expertise rhumatologique. 14. Le 29 août 2017, l'assurée a contesté le projet de décision du 11 août 2017. Elle n'avait jamais demandé d'aide pour un problème psychiatrique, mais pour un problème physique. Une fibromyalgie lui avait été diagnostiquée depuis 2015 par un rhumatologue. Elle souffrait de douleurs permanentes et diffuses, d'une immense fatigue constante et de nombreuses complications. Elle demandait en conséquence la reconsidération du refus de prestations. 15. Le 1^{er} novembre 2017, le SMR a relevé que l'assurée avait déjà été évaluée par le service de rhumatologie des HUG, qui avait conclu à un syndrome douloureux chronique, lequel n'avait pas été validé par l'expertise psychiatrique. En conséquence, il ne changeait pas d'avis. 16. Par décision du 2 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée que sa contestation de son projet de décision était rejetée. Après instruction du dossier, il constatait que les atteintes à la santé qu'elle présentait ne justifiaient pas une incapacité de travail durablement installée et qu'aucune invalidité ne pouvait être admise. Le droit aux mesures professionnelles et/ou à une rente n'était pas reconnu. Les éléments médicaux supplémentaires apportés dans le cadre de la procédure d'audition ne remettaient pas en cause le point de vue initial de l'OAI, fondé sur l'avis du SMR. 17. Le 4 décembre 2017, l'assurée, assistée d'un conseil, a formé recours contre la décision de l'OAI du 2 novembre 2017 auprès de la chambre des

assurances sociales de la Cour de justice, concluant, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à la comparution personnelle des parties et, principalement, à l'annulation de la décision du 2 novembre 2017 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de dépens.!

18. Par décision du 15 décembre 2017, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.!

19. Le 31 janvier 2018, la recourante a informé la chambre des assurances sociales qu'elle était dorénavant suivie par le docteur K_____, médecin praticien FMH, et demandé la prolongation du délai pour compléter son recours. !

20. Le 15 juin 2018, la recourante a fait valoir que les nombreuses pathologies dont elle souffrait étaient totalement invalidantes et qu'elles l'empêchaient d'avoir une quelconque capacité de travail quelle qu'activité professionnelle que ce soit. L'OAI avait méconnu la dernière jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les atteintes psychosomatiques. Il ressortait très clairement du dossier qu'elle souffrait notamment de troubles somatoformes douloureux (fibromyalgie et grave migraine) invalidants au regard de la loi et de la jurisprudence actuellement en vigueur. Elle concluait à son audition ainsi qu'à celle de son médecin, le Dr K_____, et à celle de ses filles. Elle souhaitait pouvoir exposer de vive-voix les souffrances et les limitations qu'elle rencontrait au quotidien de par sa maladie. L'audition de son médecin permettrait d'éclairer la chambre sur le plan médical et de commenter les rapports et certificats médicaux qu'il avait faits et celle de ses filles permettrait d'aborder ses problèmes de désocialisation et ses difficultés dans son organisation quotidienne.!

À l'appui de son écriture, la recourante a produit :

- un certificat établi à la demande de la recourante par le Dr K_____, le 1^{er} mars 2018, attestant que celle-ci présentait depuis 2014 des douleurs diffuses chroniques, permanentes, avec une intensité fluctuante dans la journée, souvent insomniantes. La position assise devenait douloureuse au bout d'une dizaine de minutes, avec des rachialgies irradiant vers le crâne et provoquant des céphalées de type migraine, invalidantes, empêchant la concentration. La patiente était obligée de s'allonger dans l'obscurité pour atténuer les crises. La baisse de la force musculaire constatée était généralisée, entraînant des difficultés à la station debout et assise ainsi que des difficultés aux ports de charges. Il n'y avait pas d'atteintes aux facultés intellectuelles. Son état ne permettait pas d'exercer son métier qui réclamait attention et concentration et nécessitait d'apporter des soins par pression sur des zones réflexogènes qui provoquait chez elle de terribles douleurs. La position assise lors des soins était aussi intenable pour un soin qui pouvait durer 45 minutes à 1 heure ;
- une attestation établie par le Dr K_____ le 15 mai 2018 certifiant que l'assurée faisait l'objet d'une prise en charge régulière pour des crises migraineuses invalidantes qui nécessitaient un avis spécialisé au sein du service de neurologie des HUG ;
- un certificat établi le 15 mai 2018 par le Dr K_____ indiquant que le recourante avait fait l'objet d'une prise en charge par les HUG le 13 avril 2018 en raison de céphalées importantes laissant craindre un accident vasculaire cérébral. Ses symptômes étaient en relation avec des crises migraineuses nécessitant un traitement de fond. Son état de santé mentale avait évolué, puisqu'on retrouvait des traits d'anxiété chronique, avec phobies multiples (claustrophobie, de la conduite, agoraphobie). La prise en charge thérapeutique sur cet aspect était limitée par l'abstention aux psychotropes demandée par la patiente ;
- un certificat établi le 12 juin 2018 par le Dr K_____ indiquant que la recourante faisait l'objet d'une prise en charge hospitalière régulière depuis décembre 2015 dans le cadre d'un syndrome fibromyalgique invalidant. Elle présentait des douleurs chroniques, diffuses, permanentes avec des paroxysmes lui interdisant tout mouvement, quotidiennes et souvent insomniantes. Cet état

n'autorisait pas la reprise d'une activité professionnelle. [endif]>[if> 21. Par réponse du 16 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les HUG avaient retenu un probable syndrome douloureux chronique, car la recourante présentait des douleurs chroniques, permanentes et diffuses avec une grande fatigabilité. Le diagnostic de fibromyalgie n'avait jamais été posé. Afin de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante, une expertise psychiatrique avait été ordonnée. L'expert n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique invalidant et avait exclu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. Les critères de la CIM-10 pour étayer un tel diagnostic n'étaient pas présents (cf page 13 de l'expertise). Aucun diagnostic psychiatrique n'ayant été posé, et en l'absence d'une fibromyalgie, l'examen des indicateurs à l'aune de la nouvelle jurisprudence n'avait pas lieu d'être. C'était donc à juste titre que l'OAI avait conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité. L'OAI relevait tout de même que la recourante présentait des ressources tant personnelles qu'au niveau de son entourage (pages 7 et 8 du rapport d'expertise). La décision litigieuse avait été rendue le 2 novembre 2017, c'était dès lors la situation médicale antérieure à cette date qui était déterminante pour juger de la cause. L'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante en rapport avec le diagnostic de migraine devait donc faire l'objet d'une procédure distincte. Les éléments apportés par la recourante ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. [endif]>[if> 22. Le 16 août 2018, la recourante a fait valoir que le diagnostic de fibromyalgie avait bien été posé, preuve à l'appui. Elle persistait en conséquence dans ses conclusions et sa demande d'audition. [endif]>[if> À l'appui de son écriture, la recourante a produit :

- un certificat médical établi par la Dresse F _____ le 21 mars 2016 certifiant que la recourante présentait une fibromyalgie diagnostiquée en décembre 2015 aux HUG ; [endif]>[if> - un rapport établi par la doctoresse L _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 5 avril 2017 dont il ressort que la recourante avait été vue en consilium le 4 avril. Il s'agissait d'une patiente âgée de 55 ans qui présentait, depuis environ quatre ans, des douleurs généralisées, articulaires, musculaires et rachidiennes, sans horaires inflammatoires. En 2015, le diagnostic de syndrome fibromyalgique avait été retenu par le service de rhumatologie des HUG. Le tableau actuel était compatible avec le diagnostic de fibromyalgie. La normalisation du bilan immunologique était rassurante. Le diagnostic différentiel restait ouvert avec spondylo-arthritis, diagnostic évoqué en raison de la positivité du HLA B27 mais le caractère diffus, non inflammatoire des douleurs, et l'absence de réponse aux AINS et d'élévation de la CRP parlait contre cette hypothèse. [endif]>[if> Lors d'une audience du 20 janvier 2019, la recourante a déclaré qu'elle souffrait de douleurs dans tout le corps et à la tête. Ses douleurs avaient commencé en 2013 en Guadeloupe où un chikungunya avait été diagnostiqué, sans analyses, pendant une période d'épidémie. Elle était restée trois mois dans ce pays. Elle avait eu l'intention de travailler à Genève à 50% et le reste du temps en Guadeloupe. Auparavant, elle avait déjà eu quelques épisodes de douleurs. Il y avait eu suspicion de fasciite plantaire et de calculs dans les reins, qui n'avaient pas été objectivés. En 2013, il y avait un équilibre familial avec ses enfants dont deux vivaient encore à la maison. Les HUG avaient posé le diagnostic de fibromyalgie. Elle n'avait pas compris pourquoi elle avait eu trois rendez-vous psychiatriques dans le cadre de l'expertise. Le psychiatre qui l'avait vue en dernier pendant un quart d'heure ne comprenait pas pourquoi l'expertise avait été ordonnée. Selon plusieurs études, la fibromyalgie aurait une origine neurologique. Elle n'était pas forcément liée à des problèmes psychiques. En revanche, elle pouvait conduire à la dépression, car c'était une situation dans laquelle on avait l'impression

de « moisir ». Elle souffrait seulement de tristesse, car son état ne s'améliorait pas et s'aggravait. Elle s'estimait totalement incapable de travailler. Elle ne pouvait pas marcher plus d'un quart d'heure. La lumière lui faisait mal aux yeux et à la tête. Elle ne pouvait pas regarder la télévision. Elle ne supporte plus le bruit, raison pour laquelle elle déménagé à Versoix. Elle était vraiment limitée dans ses activités. Si elle arrivait à passer un coup de balai dans sa chambre, elle était contente. Elle vivait seule et n'était pas aidée. Elle était suivie actuellement par le Dr K_____, une fois par mois. Il lui avait prescrit des bétabloquants qui soulageaient ses violentes migraines. Elle prenait également un ou deux Postan par jour, ce qui agissait sur toutes les douleurs, articulaires, musculaires et migraines. Si ce n'était pas suffisant, elle prenait du Naramig, une fois par jour, et si cela ne suffisait pas, du Tramadol, une à deux fois par semaine environ. Ses enfants lui téléphonaient tous les jours et venaient la voir quand ils avaient le temps. Elle avait également un contact téléphonique avec sa mère une fois par semaine. Elle avait des amis qui habitaient à l'extérieur de Genève. Elle n'avait pas les moyens de se déplacer car elle était à l'Hospice général. Elle ne pouvait pas écouter de la musique plus de cinq minutes sinon elle avait mal à la tête et cela la fatiguait beaucoup. Son assistante sociale lui avait parlé de gymnastique chinoise douce, ce qui serait recommandé pour elle, mais elle n'y était pas allée par manque de moyens et en raison de ses douleurs. En tant que sportive, elle avait l'habitude des douleurs, mais celles dont elle souffrait étaient particulières. Elles étaient profondes et elle les associait à la mort. Son ancien médecin lui donnait des médicaments à base de plantes (phytothérapie), mais son nouveau médecin ne le faisait pas. Elle souffrait d'une grande fatigue du fait de la fibromyalgie et en raison des effets secondaires des bétabloquants. Le neurologue lui avait prescrit des antidépresseurs pour accepter mieux la douleur, mais elle les avait pris peu de temps car cela était mortifère pour elle. Le matin, elle avait le cerveau dans la farine. Le Dr K_____ avait été d'accord avec sa décision de ne pas continuer à prendre ces médicaments. Tout était douloureux. Elle ne pouvait pas être touchée. Elle avait essayé la physiothérapie en piscine, mais avait arrêté car elle prenait froid. La fibromyalgie touchait les bronches, ce qui la faisait tousser. Dès qu'elle avait un peu froid, cela dégénérait. Son système immunitaire était bas. Elle dormait mal. Son médecin lui avait prescrit un traitement à base de plantes, qui lui avait provoqué de l'asthme. Elle avait cessé de le prendre. Elle mangeait très mal. Certains jours, elle arrivait à éplucher quelques légumes, mais c'était plus simple de sortir une pizza. La Migros était à 500 m de chez elle. Elle s'y rendait de temps en temps avec un petit sac à dos. Parfois sa fille ou une voisine l'emmenait faire des courses plus importantes. Elle avait des voisins sympathiques qui l'aidaient. Elle avait vu trois rhumatologues qui avaient posé le diagnostic de fibromyalgie, ce qui avait conduit son médecin traitant à le poser également. b. La représentante de l'OAI a précisé que si elle avait mentionné le 16 juillet 2018 que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas été posé, c'était que le rhumatologue ne l'avait pas posé. Les médecins des HUG ne l'avaient pas non plus posé. 23. Le 31 janvier 2019, la recourante a demandé à la chambre de céans de mettre en œuvre une expertise neurologique et rhumatologique. 24. Sur ce, 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. 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).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière

d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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 1^{er} janvier 2008). 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).

5. 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.

6. La capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme 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. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic 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).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. 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 à l'exception de la fatigue due au cancer (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), à la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), 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) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). Dans la catégorie « degré de gravité fonctionnel », le Tribunal fédéral distingue entre le complexe « atteinte à la santé » avec trois sous-catégories, le complexe « personnalité » et le complexe « environnement social ». En premier lieu, il convient de prêter davantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (ATF 132 V 65 consid. 4.3.2). Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut

tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (ATF 132 V 65 consid. 4.3.3). Dans la catégorie « cohérence », le Tribunal fédéral a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte. 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. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

7. 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).
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. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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). 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).

8. 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). 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).
9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
10. En l'espèce, la recourante allègue souffrir de fortes douleurs et il n'y a pas lieu d'en douter. Toutefois pour pouvoir fonder une invalidité, les douleurs doivent être objectivées par un diagnostic somatique ou un expert doit attester d'une composante psychique aux douleurs revêtant une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.
Dans son rapport du 27 janvier 2016, le service de rhumatologie a posé le diagnostic de probable syndrome douloureux chronique. Dans son rapport du 1^{er} décembre 2015, ce même service indiquait qu'il y avait 18 sur 18 points de fibromyalgie. Les médecins n'avaient toutefois pas posé de diagnostic autre que des douleurs diffuses en cours d'investigation et des troubles dégénératifs pluri-étagés. Il y a lieu de retenir en l'espèce le diagnostic posé, après investigation, dans le dernier rapport du service de rhumatologie du 27 janvier 2016, soit un probable syndrome douloureux chronique. Ce rapport a plus de force probante que ceux de la Dresse F_____, qui n'est pas spécialiste en rhumatologie. La recourante a fait valoir que, selon plusieurs études, la fibromyalgie aurait une cause neurologique. Cette appréciation, qui n'émane pas d'un médecin, ne remet pas sérieusement en cause le diagnostic posé par le service de rhumatologie le 27 janvier 2016. Aucun rapport médical ne remettant sérieusement en cause les conclusions du service de rhumatologie du 27 janvier 2016, attestant d'un probable syndrome douloureux chronique, il ne se justifie pas de faire procéder à une expertise rhumatologique. Il sera toutefois relevé que la situation ne serait pas différente si on retenait une fibromyalgie comme l'invoque la recourante, dès lors que, dans les deux cas, la cause des douleurs n'est pas objectivable et que les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie. Dans ces cas, la reconnaissance de l'existence de ces troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre), s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396

consid. 5.3). Une expertise n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. En l'occurrence, l'expert-psychiatre a exclu l'existence d'une telle composante psychique chez la recourante, relevant qu'elle n'avait pas présenté d'antécédent psychiatrique, ni même de vulnérabilité psychique, avant de ressentir des douleurs en 2014, qu'elle avait des capacités de résilience et qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une pathologie du caractère. Le rapport d'expertise psychiatrique du 25 juin 2017 se base sur l'étude du dossier médical de la recourante, ainsi que sur des examens cliniques complets. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte qu'il remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. La recourante n'a pas contesté les conclusions de l'expert, considérant elle-même que ses problèmes n'avaient pas une cause psychiatrique et précisant qu'elle souffrait seulement de tristesse et qu'elle ne comprenait pas pourquoi une expertise psychiatrique avait été ordonnée. Le médecin traitant de la recourante n'a pas non plus remis en cause les conclusions de l'expert, puisqu'elle a fait valoir qu'en l'absence d'argument psychopathologique pouvant étayer le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, cela signifiait que ce diagnostic avait une cause physique et non psychique et a demandé, en conséquence, qu'une expertise rhumatologique soit ordonnée. Cette argumentation n'est pas convaincante, car elle repose sur un raisonnement erroné, à savoir que les douleurs de sa patiente ne pouvaient avoir qu'une cause somatique puisqu'une cause psychique n'était pas établie, alors que cela n'est pas forcément le cas. Faute d'atteinte à la santé avec substrat organique et vu l'exclusion par l'expert-psychiatre d'une composante psychique aux douleurs de la recourante revêtant une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail, c'est à juste titre que l'intimé a refusé toute prestation à celle-ci et sa décision doit être confirmée. 11. Il ne sera pas donné suite à la demande d'audition de témoins de la recourante, ces mesures d'instruction n'étant pas nécessaires pour trancher le recours. 12. Infondé, le recours sera être rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :

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