

## **GE\_GERICHTE ATAS/1121/2017 vom 7. Dezember 2017**

GE Cour de justice, 2017-12-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1121\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1121_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1121/2017 du 7 décembre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1121/2017 del 7 dicembre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a interjeté recours le 6 décembre 2016, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière. Se référant aux expertises réalisées par la PMU en 2012 et 2014, elle allègue souffrir, depuis plusieurs années, de nombreuses pathologies (trouble panique avec agoraphobie, trouble somatoforme douloureux, syndrome polyalgique diffus, polyarthralgies) dont elle soutient qu'elles se sont aggravées au plus tard en 2010. S'y ajoutent des limitations psychiques qui restreignent son autonomie en altérant non seulement sa concentration, sa mémoire et ses facultés d'adaptation, mais également sa capacité de travail. La recourante fait valoir que la décompensation anxieuse et dépressive dont les experts de la PMU ont fait état depuis 2010, voire 2009, contredit la rémission complète retenue par la Dresse M\_\_\_\_\_ en octobre 2008. Selon elle, sa capacité de travail est restée nulle depuis 1992. Elle soutient que l'expertise du BEM est dénuée de valeur probante, car l'expert psychiatre a nié ses problèmes psychiques, notamment ses troubles d'agoraphobie, en feignant d'ignorer qu'elle doit toujours sortir accompagnée. Certes, elle peut prendre l'avion et le train, mais consulte ponctuellement les urgences et prend des anxiolytiques lorsqu'elle se rend en Espagne.

#### **E. 18**

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 janvier 2017, a conclu au rejet du recours. Selon lui, l'expertise du BEM est probante. Or, les experts ont retenu le diagnostic de majoration des symptômes physique pour des raisons psychologiques. En conséquence, les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux ne sont pas réalisées et l'on se trouve dans une constellation allant dans le sens d'une exagération, se traduisant par une tendance à la démonstration, par un comportement revendicateur, ainsi que par des relations sociales intactes, l'absence de demande de soins et l'existence de bénéfices secondaires tirés du comportement d'invalidé.

#### **E. 19**

La recourante a répliqué le 7 février 2017, en persistant dans ses conclusions.

A/4198/2016 - 11/21 - Elle se réfère aux conclusions de la PMU, corroborant les avis de ses médecins, et reproche à l'intimé de s'être « obstiné » à ordonner une expertise auprès du BEM, qui rejoint l'avis isolé de la Dresse M\_\_\_\_\_. Selon elle, cette expertise ne répond pas aux requisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante et doit être écartée.

#### **E. 20**

L'intimé a dupliqué le 28 février 2017. Il allègue qu'un complément d'expertise était nécessaire pour apprécier la situation médicale sous l'angle des indicateurs standards prescrits par la nouvelle jurisprudence. S'il a ordonné une expertise au BEM, c'est parce

que la PMU a refusé de réaliser un complément d'expertise. L'expertise du BEM est probante.

#### **E. 21**

Cette écriture transmise au recourant, 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

#### **E. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 4. Le litige porte sur la question de savoir si, postérieurement à la décision de suppression de la rente d'invalidité du 4 février 2009, l'état de santé de l'assurée s'est aggravé dans une mesure justifiant à nouveau l'octroi d'une rente. 5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 6. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le

A/4198/2016 - 12/21 - point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Cette disposition est applicable par analogie lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus ou une suppression de prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615 du 4 février 2014 consid. 2 et les références). 7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle

qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 9. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes, lesquels s'appliquent également en matière de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008). Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans étiologie claire n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

A/4198/2016 - 13/21 - Toutefois, dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, 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). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. 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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (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 lege artis sur un assuré qui coopère 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

A/4198/2016 - 14/21 - 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 joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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

A/4198/2016 - 15/21 - 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). 10. Dans sa nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable et ce, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses

A/4198/2016 - 16/21 - douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 s. ; 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.1-3.2 et les références). 11. 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il

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

12. 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

A/4198/2016 - 17/21 - 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).

13. a. En l'espèce, à titre liminaire, il convient de rappeler que, dans son arrêt entré en force du 28 juin 2013 (ATAS/689/2013), la Cour de céans a confirmé la décision de suppression de rente du 4 février 2009. Sur la base du rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ - auquel elle a reconnu pleine valeur probante - et de l'expertise réalisée par la PMU en 2012, elle a considéré que l'état de santé psychique de l'assurée s'était amélioré entre juin 2004 et février 2009, au point que celle-ci avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle. La Cour de céans a cependant renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il instruisse la question d'une aggravation de l'état de santé postérieure à la décision du 4 février 2009, dans la mesure où les experts de la PMU avaient évoqué l'apparition, en 2010, de douleurs inflammatoires susceptibles d'interférer avec une activité professionnelle.

b. Suite à ce renvoi, l'administration a successivement ordonné deux nouvelles expertises pluridisciplinaires, respectivement auprès de la PMU, en 2014, et du BEM, en 2016. Après avoir diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble panique avec agoraphobie et un trouble somatoforme douloureux persistant, les experts de la PMU ont conclu à une capacité de travail nulle depuis l'année 2010, au cours de laquelle étaient apparues les douleurs diffuses. De leur côté, les experts du BEM ont réfuté les conclusions de la PMU et conclu à une pleine capacité de travail depuis l'examen pratiqué la Dresse M\_\_\_\_\_ en octobre 2008. Selon eux, les documents médicaux versés au dossier, confrontés au bilan clinique et radiologique ne témoignent d'aucune incapacité de travail durable depuis février 2009. Sous l'angle psychiatrique, l'état de santé apparaissait similaire à celui dont avait fait état la Dresse M\_\_\_\_\_. c. La Cour de céans constate que l'expertise du BEM a été établie en pleine connaissance du dossier, qu'elle relate les plaintes de l'assurée et repose sur des examens somatiques et psychiatriques complets. Ses conclusions sont claires et motivées. De cette expertise détaillée, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, il ressort

que, depuis octobre 2008, les troubles de l'assurée n'ont plus de répercussion sur sa capacité de travail. En particulier, les experts y exposent que le trouble dépressif est en rémission et que l'assurée remplirait en principe les

A/4198/2016 - 18/21 - critères pour un diagnostic de fibromyalgie, mais qu'ils ne peuvent pas totalement s'y rallier, dès lors qu'elle majore ses symptômes et se plaint d'une douleur couvrant l'entier de la surface corporelle. Conformément au mandat d'expertise et vu l'absence de substrat organique de ses plaintes, ils ont néanmoins examiné le cas à l'aune des indicateurs standards prescrits par la nouvelle jurisprudence relative aux affections psychosomatiques assimilées au trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281). d. À cet égard, les experts du BEM ont notamment exposé que les capacités d'adaptation de l'assurée étaient réduites, mais que cela ne l'empêcherait pas d'exercer une activité lucrative activité simple : l'assurée peut faire face aux exigences de la vie quotidienne, voit régulièrement ses 4 filles, ses 8 petits-enfants, s'occupe d'un ménage de 3 personnes et a pu élever sans difficultés son petit-fils, qui vit encore chez elle, ce qui témoigne de réelles ressources. S'agissant du traitement, l'assurée ne prend pas les antidépresseurs qui lui ont été prescrits, de sorte que l'on ne peut pas parler d'échec thérapeutique. Quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, elles leurs paraissent vouées à l'échec, car l'assurée ne témoigne d'aucune motivation à reprendre une activité professionnelle. S'agissant de la cohérence, les experts observent que les plaintes ne concordent pas avec l'examen clinique : bien qu'elle déplore de fortes douleurs, l'assurée peut se mouvoir sans difficulté. Soignée, agile et vive, l'assurée présente un état général parfaitement conservé, sans signe apparent d'inconfort ou de souffrance. Elle se consacre à sa famille, peut prendre l'avion et promener son chien quotidiennement. Elle dit avoir besoin d'aide pour son ménage, mais sa gestuelle et l'examen articulaire ne montrent aucune limitation fonctionnelle. Elle ne prend pas régulièrement ses médicaments depuis 2009 et les experts s'étonnent du fait qu'elle ne prenne pas d'antalgiques, vu les symptômes importants dont elle se prévaut. Ils font également état d'une majoration des symptômes, se traduisant par des signes de Waddell et de Matheson, ainsi que des discordances « majeures » entre les plaintes et leurs constatations. Quant au contexte social, les experts soulignent que l'assurée entretient des contacts fréquents avec ses filles, son époux, son petit-fils et ses autres petits-enfants, qu'elle reçoit régulièrement. Enfin, ils écartent toute limitation uniforme du niveau d'activité dans les domaines comparables de la vie. Globalement, ils concluent à une capacité de travail totale, en tout cas depuis octobre 2008. 14. Pour leur part, les experts de la PMU attestent d'une poussée de rhumatisme inflammatoire justifiant une incapacité de travail transitoire de février 2010 à octobre 2013. Par ailleurs, ils rattachent les douleurs diffuses de l'assurée au diagnostic de trouble somatoforme douloureux et estiment que cette dernière n'aurait pas les ressources nécessaires pour les surmonter, de sorte que sa capacité de travail serait nulle depuis 2010. La Chambre de céans ne peut se rallier à ces conclusions. D'une part, l'incapacité de travail transitoire attestée par la PMU au plan somatique ne repose que sur des

A/4198/2016 - 19/21 - plaintes de douleurs au pied droit, à la cheville gauche et aux mains, ainsi que sur le soupçon que l'assurée aurait souffert d'un rhumatisme inflammatoire, ce qui, selon les experts du BEM, n'est pas démontré, vu l'absence de syndrome inflammatoire, de marqueurs sanguins et de lésions radiologiques (cf. expertise BEM, pp. 47-49). Les experts de la PMU n'ont au demeurant pas fait état de limitations fonctionnelles somatiques importantes (cf. expertise PMU 2012, p. 27). D'autre part, et contrairement à ce

que soutiennent les experts de la PMU, l'assurée ne remplit précisément pas les conditions qui permettraient de reconnaître le caractère invalidant de ses douleurs sans étiologie claire. Comme on l'a vu, il résulte de l'appréciation probante du BEM que l'assurée dispose de ressources suffisantes pour faire face aux exigences de la vie quotidienne ainsi que pour élever son petit-fils. Son contexte social est préservé et elle ne subit pas de limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Elle ne prend par ailleurs pas d'antalgiques, ce qui parle en défaveur d'une souffrance importante. Elle ne présente pas non plus de comorbidité psychiatrique active et les experts du BEM soulignent des divergences « majeures » entre ses plaintes et son comportement durant l'examen, ce qui, de jurisprudence constante, plaide contre l'existence d'une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations d'assurance (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Il y a d'ailleurs lieu de relever que les experts de la PMU avaient déjà mis en évidence, dans leur expertise de 2012 (p. 26), une discordance entre les plaintes et leur absence de répercussions dans la vie quotidienne. Pour le reste, le BEM souligne que lorsque l'assurée a été expertisée par la PMU en 2012, son état dépressif n'était que léger et que les experts de cet établissement ont omis de procéder à un dosage sanguin de ses médicaments. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il convient d'admettre que les troubles de l'assurée ont un degré de gravité fonctionnel insuffisant pour justifier une incapacité de travail. L'assurée, qui a déclaré aux experts de la PMU qu'elle s'estimait capable de travailler à 100% (expertise 2014, p. 9), ne fournit aucun élément probant qui permettrait d'admettre l'hypothèse inverse qu'elle soutient à ce stade de la procédure. 15. C'est le lieu de rappeler que, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme l'est celle du BEM, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du

#### **E. 29**

décembre 2009 consid. 3.2). Tel n'est pas le cas en l'espèce, dès lors que la recourante ne se prévaut d'aucun rapport médical postérieur à l'expertise du BEM et ne met en évidence aucun élément objectivement vérifiable qui n'y aurait déjà été pris en compte. En

A/4198/2016 - 20/21 - particulier, les attaques de panique et l'agoraphobie auxquelles elle fait allusion dans ses écritures ont été dûment prises en compte par les experts, lesquels ont toutefois précisé que ces troubles ne se manifestaient qu'occasionnellement et ne l'empêchaient pas de prendre l'avion et le train aux heures de pointe. Enfin, à supposer qu'il revête une quelconque importance, le fait qu'elle prend des anxiolytiques pour voyager en avion ressort également de l'expertise du BEM (p. 31) et n'a donc pas été ignoré non plus. 16. En l'absence de motif justifiant de s'écarter des conclusions du BEM, la chambre de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que depuis la décision de suppression de rente du 4 février 2009, la recourante n'a subi aucune péjoration notable de son état de santé et de sa capacité de travail, laquelle est demeurée entière dans toute activité. Faute d'incapacité de travail et de gain, la recourante ne peut prétendre à une rente d'invalidité ou à toute autre prestation de l'intimée. Mal fondé, le recours est rejeté.

A/4198/2016 - 21/21 - 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.