



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2414/2019

ATAS/563/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 juin 2020**

**15<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX, représentée par APAS  
- association pour la permanence de défense des patients et des  
assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1967 au Portugal, s'est installée en Suisse en 1987. Elle a exercé différentes activités avant d'être engagée en 1996 par B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) en qualité d'opératrice polyvalente à 100 %.
2. Le 13 décembre 2004, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison d'une infection pulmonaire et de douleurs à l'épaule, à la cage thoracique, au bras et à la jambe.
3. Dans un rapport du 23 décembre 2004, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, a indiqué à l'OAI que l'assurée présentait une sarcoïdose pulmonaire avec un début de fibrose pulmonaire depuis le début de l'année 2004. Le traitement entrepris, bien suivi et bien toléré, avait permis une amélioration radiologique significative. Les fonctions pulmonaires étaient restées normales et la sarcoïdose ne justifiait pas d'interruption de travail.
4. Par rapport du 2 janvier 2005, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics de sarcoïdose pulmonaire, de trouble mal systématisé ostéo-articulaire, d'état dépressif, de thyroïde ectopique traitée depuis 1994. L'incapacité de travail était totale depuis le 18 février 2004 et à évaluer dans une autre profession.
5. Le 8 janvier 2005, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics de sarcoïdose, de douleurs diffuses aspécifiques, de dysfonction thyroïdienne et de possible état dépressif. La situation n'était pas claire sur le plan rhumatologique, avec un bilan sanguin sans anomalie. L'assurée se plaignait de fatigue, de raideur matinale, de douleurs diffuses sans nette arthrite, et il avait constaté des contractures para-lombaires.
6. Les rapports de travail de l'assurée ont pris fin le 16 février 2006.
7. Afin de compléter l'instruction du dossier, l'OAI a convoqué l'assurée auprès de son service médical régional (ci-après : le SMR) pour un examen pluridisciplinaire.
8. Par rapport du 9 mai 2006, les doctresses F\_\_\_\_\_, pneumologue, G\_\_\_\_\_, psychiatre, et le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecins du SMR, ont retenu, à titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un status après une sarcoïdose pulmonaire, une hypothyroïdie substituée secondaire à un traitement de iode radioactif et de radiothérapie pour nodule malin en 1994, de fibromyalgie (M79.0) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z60.0).

Les examinateurs ont notamment exposé que, sur le plan somatique, l'assurée présentait tous les signes cliniques et anamnestiques en faveur d'une fibromyalgie. Aucune autre pathologie, pouvant expliquer la globalité des plaintes et leur évolution, n'avait pu être mise en évidence. Quant à la sarcoïdose, elle n'avait

jamais eu de répercussion sur la fonction pulmonaire, la toux avait rapidement disparu et les radiographies s'étaient vite améliorées, puis normalisées en septembre 2005. Au plan psychiatrique, l'examen clinique était dans les limites de la norme et l'assurée ne présentait aucune pathologie chronique et invalidante. Les difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Les examinateurs ont noté une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé avec une amplification verbale des plaintes somatiques, sans aucun signe de souffrance objectivable pendant l'entretien.

En conclusion, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle aux plans ostéo-articulaire, psychiatrique et pneumologique. Le seul diagnostic pouvant être retenu était celui de fibromyalgie, laquelle n'avait pas de caractère invalidant en l'absence de pathologie psychiatrique préexistante, de comorbidité ou de critère de mauvais pronostic limitant les ressources de l'assurée. L'incapacité totale de travail n'était pas justifiée.

9. Dans un avis du 19 mai 2006, la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a conclu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, depuis toujours, au vu du rapport du 9 mai 2006.
10. Le 14 août 2006, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il considérait que l'assurée était médicalement capable d'exercer une activité professionnelle, mais pas de travailler en tant qu'ouvrière. Un reclassement lui paraissait justifié.
11. En date du 29 août 2006, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté que sa patiente était dans l'incapacité totale d'exercer une activité professionnelle en raison d'un syndrome douloureux chronique et d'un trouble mixte anxieux et dépressif.
12. Par décision sur opposition du 5 septembre 2006, l'OAI a confirmé sa décision du 30 mai 2016 tendant au rejet de la demande de prestations. Il a retenu que le rapport du SMR du 9 mai 2006 était probant, et rappelé que le Dr C\_\_\_\_\_ avait lui-même indiqué que la sarcoïdose ne se répercutait pas sur la capacité de travail de l'assurée, que le Dr E\_\_\_\_\_ avait considéré que sa patiente était en mesure d'exercer une activité professionnelle et que le Dr D\_\_\_\_\_ avait noté que l'arrêt de travail était motivé uniquement par un syndrome douloureux chronique et un trouble anxieux et dépressif. Les somaticiens avaient effectué les investigations adéquates permettant d'exclure toute pathologie organique objective justifiant une incapacité de travail. Il convenait donc d'analyser les critères pertinents consacrés par la jurisprudence en matière de fibromyalgie. Le rapport du SMR permettait de constater le défaut manifeste de comorbidité psychiatrique grave qui serait associé à la fibromyalgie car l'assurée ne présentait aucun trouble de la personnalité, aucun ralentissement psychomoteur et aucun signe de la lignée dépressive ou psychotique. Tout au plus étaient relevées des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie. Quand bien même le trouble dépressif mentionné par le Dr D\_\_\_\_\_, qui n'était pas un spécialiste en psychiatrie, devait être retenu, il ne pourrait de toute manière pas être élevé au rang de diagnostic séparé de la fibromyalgie, s'agissant

vraisemblablement d'un état réactionnel. En dépit d'une symptomatologie douloureuse devenant a priori chronique et de la mise en place de plusieurs traitements, l'assurée ne présentait en aucun cas un retrait social dans toutes les manifestations de la vie. En outre, lors de son examen au SMR, l'assurée avait indiqué ne pas avoir de prise en charge psychothérapeutique, à l'exception des séances à venir sur la gestion de la douleur. Son état psychique ne pouvait pas être considéré comme cristallisé alors que toutes les mesures thérapeutiques n'avaient pas encore été envisagées. Partant, la fibromyalgie ne revêtait pas les caractéristiques de durabilité et de gravité susceptibles de motiver une incapacité de travail de longue durée. Faute d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité, l'assurée n'avait pas le droit à une rente.

13. En date du 4 juin 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, mentionnant souffrir de polyarthrite débutante versus connectivite ou une atteinte mixte sarcoïdose et atteinte articulaire entraînant une totale incapacité de travail depuis 2010, précisant en outre que la fibromyalgie était exclue.
14. Par rapport du 22 juin 2015, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a mentionné, à titre de diagnostics avec effets sur la capacité de travail, des polyarthralgies multiples auto-immunes, ou une fibromyalgie, ou un status post sarcoïdose. Il a également noté, à titre de diagnostic sans effets sur ladite capacité, une sarcoïdose. L'assurée avait mal partout et était en incapacité totale de travail depuis 2004. Étaient notamment proscrites toutes les activités exercées en position uniquement debout ou assise, accroupie ou à genoux, impliquant des rotations, le port de charges, le travail avec les bras au-dessus de la tête.

Il a communiqué à l'OAI, entre autres :

- un rapport qu'il avait adressé le 9 février 2007 au professeur K\_\_\_\_\_, médecin chef du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), indiquant que les précédents médecins traitants de l'assurée avaient conclu à une fibromyalgie devant l'existence de douleurs principalement aux niveaux des mains et des genoux, mais qu'il n'avait pas d'arguments pour une telle atteinte ; il sollicitait un avis quant à une possible arthrite de type sarcoïdogique ;
- un rapport établi le 5 mars 2007 par le Prof. K\_\_\_\_\_ mentionnant les diagnostics de sarcoïdose pulmonaire et de chondropathie fémoro-patellaire droite ; l'assurée ne présentait pas les points de fibromyalgie typiques et il n'avait pas d'argument pour ce diagnostic ; il proposait de compléter les examens radiologiques par la recherche d'anticorps afin d'exclure une connectivite ou une polyarthrite rhumatoïde débutante, même s'il n'y avait pas beaucoup d'éléments en faveur de ces hypothèses diagnostiques ;
- un rapport du 29 mars 2007 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, suite à des radiographies des mains et des genoux ; étaient observés un aspect dystrophique de la structure osseuse des mains avec un discret

---

pincement des articulations interphalangiennes distales et une tuméfaction des parties molles à la hauteur des interphalangiennes, et un discret pincement du compartiment interne du genou droit ;

- différents rapports d'analyses médicales.

15. Le 3 septembre 2015, le Prof. K\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis son unique consultation de 2007.
16. Dans un rapport du 10 octobre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que la fibromyalgie, dont le diagnostic avait été reconnu en 2004 par le Dr E\_\_\_\_\_, entraînait une incapacité totale de travail depuis 2004.

Le médecin traitant a notamment joint les pièces suivantes :

- un rapport de la doctoresse M\_\_\_\_\_, radiologue FMH, suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : l'IRM) lombaire du 13 janvier 2015 ayant révélé un œdème osseux pouvant être post-traumatique au niveau sacro-coccygien et une petite hernie L5-S1 sous ligamentaire para médiane gauche en contact avec la racine S1 gauche ;
- un rapport du 12 avril 2015 du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, retenant que la scintigraphie osseuse du 2 avril 2015 permettait de conclure à l'absence d'anomalie scintigraphique pouvant faire suspecter la présence d'arthropathies évolutives dégénératives ou inflammatoires et qu'il n'y avait pas non plus d'argument pouvant faire suspecter la présence de lésions osseuses évolutives ou d'une lésion osseuse traumatique récente ou semi-récente.
17. Par rapport du 5 juillet 2016, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que l'examen neurologique montrait de discrets signes compatibles avec une polyneuropathie se manifestant par une hypoesthésie au toucher, que l'examen électroneuromyographique (ci-après : ENMG) classique était dans les limites de la norme et que l'examen des fibres neurovégétatives amyéliniques montrait une légère diminution des conductances suggérant la possibilité d'un début de polyneuropathie végétative périphérique, d'origine probable dysthyroïdienne. Un traitement d'épreuve, un bilan sanguin et urinaire dans la recherche étiologique des polyneuropathies avec un contrôle ENMG à trois mois étaient suggérés.
18. Le 6 octobre 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler en raison d'une fibromyalgie entraînant des douleurs articulaires partout, singulièrement dans les bras, les genoux et les pieds, et d'un épisode dépressif récurrent sévère. Il préconisait la mise en œuvre d'un bilan aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI).
19. Dans un avis du 10 novembre 2016, la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a considéré que l'aggravation n'était pas rendue plausible et qu'il n'y avait aucune nouvelle atteinte. Le syndrome douloureux chronique était déjà connu lors de la première demande et avait été pris en compte dans l'examen rhumatologique,

---

psychiatrique et pneumologique de 2006. S'agissant de la sarcoïdose, l'assurée n'avait plus de traitement suite à une évolution stabilisée de la maladie.

20. Le 17 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande. En effet, selon le SMR, il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision et la capacité de travail demeurait entière dans toute activité.
21. En date du 12 décembre 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ a confirmé que sa patiente souffrait de fibromyalgie sévère avec des douleurs articulaires aux niveaux des bras, des genoux, des pieds et partout en général, et d'un état dépressif récurrent sévère. Ces pathologies s'aggravaient progressivement. Faute d'expertise médicale, il n'était ni possible ni légitime de conclure à l'absence d'aggravation de l'état de santé. Il sollicitait la reprise de l'instruction, avec notamment l'organisation d'un stage d'observation pour juger d'une éventuelle capacité résiduelle de travail.
22. Le 13 décembre 2016, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI.
23. Dans un avis du 16 mai 2017, la Dresse P\_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait de clarifier les atteintes incapacitantes et leur retentissement en termes de limitations fonctionnelles.
24. Dans un rapport du 7 novembre 2017, le Dr J\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI que l'assurée souffrait de fibromyalgie floride et d'un état dépressif récurrent sévère traité par plusieurs médecins généralistes successifs. Le syndrome douloureux chronique diffus persistait, sans qu'une maladie rhumatologique précise n'ait pu être objectivée. Il a noté l'échec de tous les traitements antidépresseurs, anxiolytiques et anti-inflammatoires, de la physiothérapie et du reconditionnement. Il a précisé ne pas avoir constaté d'amélioration du syndrome douloureux, malgré le traitement de Lyrica et des autres traitements spécifiques de la douleur, ni d'amélioration de l'état thymique, malgré les traitements successifs de Ciprexal, Remeron, Eflexor ou Zyprexa, associés à des anti-sérotoninergiques dans un but antalgique. L'incapacité de travail était justifiée par la fibromyalgie, qui n'était pas considérée à l'époque de la première demande comme une pathologie motivant une rente d'invalidité, et par un état dépressif récurrent sévère. Il n'y avait pas d'autres atteintes à la santé relevantes. Depuis 2006, les douleurs étaient de plus en plus intenses et rythmées par des états dépressifs récurrents. L'assurée était totalement déconditionnée et n'avait pas les capacités de concentration nécessaires pour exercer l'activité habituelle d'horlogère. Un stage d'observation était préconisé et la capacité de travail à évaluer en milieu protégé. La patiente irait consulter prochainement un psychiatre, mais aucune amélioration n'était à espérer.
25. Le 15 août 2018, la Dresse P\_\_\_\_\_ a noté que l'aggravation était rendue plausible depuis « 2016 » et qu'il était nécessaire de déterminer les atteintes incapacitantes et leurs conséquences sur la capacité de travail.
26. L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, confiée aux doctresses Q\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et R\_\_\_\_\_, spécialiste

---

en psychiatrie et psychothérapie, du Bureau d'expertises médicales (ci-après : le BEM).

Dans leur rapport du 15 avril 2019, les expertes ont retenu les diagnostics de fibromyalgie (M79.0), de trouble statique plantaire avec un hallux valgus prédominant à droite (M21.4, M20.1), de dysendocrinopathie thyroïdienne et de goitre ectopique (E07.1), status après une irradiation à l'iode radioactif (1996) et hypothyroïdien secondaire substitué (E89.0), de status après une décompensation douloureuse d'une chondropathie fémoro-patellaire droite (2007), de status après un épisode de lombosciatalgie droite et après une chute et une possible contusion sacro-coccygienne en 2015 et de la hanche gauche en 2017, et de status après une sarcoïdose pulmonaire.

Elles ont rappelé le mandat d'expertise, présenté une synthèse du dossier remis par l'OAI et des renseignements et documents obtenus en cours d'expertise, et résumé l'ensemble des atteintes à la santé somatiques et psychiatriques. Elles ont consigné les indications fournies par l'expertisée, dont les plaintes, le traitement suivi, l'anamnèse et le récit d'une journée type. Les expertes ont livré le résultat de leurs constatations objectives suite à leur examen personnel, les tests de laboratoire et les examens radiologiques, avant de discuter chaque diagnostic retenu.

Concernant la fibromyalgie, il s'agissait d'une forme primaire en l'absence de critère pour un rhumatisme inflammatoire, pour une maladie systémique, pour une maladie métabolique ou pour une maladie oncologique. Les éléments d'allodynie, de diffusion des symptômes, d'amplification des symptômes étaient discutés de façon consensuelle entre les expertes. Celles-ci ont retenu un manque de concordance dans le handicap annoncé car l'assurée avait poursuivi, sans évoquer de limitation évidente, sa vie sociale en ayant gardé des amis, les voyant régulièrement, et elle n'avait pas dû renoncer aux réunions familiales. Elle avait accompagné l'éducation et la scolarité de ses enfants en mère attentive et cadrante, avec succès. Seules des raisons financières l'avaient conduite à renoncer à des retours au Portugal car elle avait toujours bien supporté les voyages. Elle mettait en avant sa préoccupation d'avoir été une mère soutenante pour ses enfants, lesquels avaient suivi une excellente scolarité, et n'annonçait pas d'empêchement pour ses loisirs avec eux. En revanche, elle répétait n'avoir aucune possibilité d'envisager une reprise du travail, même léger et adapté, quel qu'il soit, ou de se soumettre à un programme de réinsertion professionnelle. Les expertes n'avaient pas d'explication biomécanique à un tel empêchement total pour une activité professionnelle adaptée ou pour un stage d'observation professionnelle. Selon le descriptif du dernier emploi, il s'agissait d'une activité variée, légère, permettant des changements de position, qui était donc adaptée.

S'agissant du trouble statique plantaire avec un hallux valgus prédominant à droite, l'assurée n'envisageait pas de se faire opérer et les douleurs du pied à droite, qui s'intégraient dans des douleurs plus globales du membre inférieur, constantes et aggravées à la marche, n'avaient pas suscité de nouvelle consultation depuis celle

du Dr O\_\_\_\_\_. Il n'y avait pas d'élément neurologique pour une neuropathie du tronc sciatique ni pour une neuropathie périphérique. L'assurée devait éviter de marcher de manière continue ou de se tenir debout dans un cadre professionnel. Sa dernière activité était adaptée sur ce point.

La dysendocrinopathie thyroïdienne n'était pas une affection incapacitante car la substitution était adéquate et la surveillance permettait de maintenir un état euthyroïdien aux plans clinique et biologique.

Le status après une décompensation douloureuse d'une chondropathie fémoro-patellaire droite faisait retenir des limitations pour les activités en zone basse, à genoux, accroupie, pour parcourir des escaliers, marcher en pente de manière régulière, compte tenu des plaintes de l'assurée au niveau des genoux, qui étaient actuellement calmes.

Concernant le status après un épisode de lombosciatalgie droite et après une chute et une possible contusion sacro-coccygienne en 2015 et de la hanche gauche en 2017, il n'y avait pas d'évidence d'un syndrome lombaire ou de sciatique actuelle. Eu égard aux douleurs et à la discopathie L5-S1, le port de charges était limité de manière régulière à 5 kg, étant précisé que sans pathologie, à l'âge de l'assurée, les charges suggérées se situaient à 10 kg.

Quant au status après une sarcoïdose, l'assurée n'avait plus de plainte d'ordre pneumologique et il n'y avait pas d'évolution d'un syndrome inflammatoire biologique, habituel dans les sarcoïdoses pulmonaires. Aucun élément ne permettait d'affirmer une évolution chronique ou récurrente de cette atteinte.

Au status psychiatrique, étaient relevés une humeur fluctuante, une diminution de l'énergie vitale, une absence de confiance en soi, des troubles du sommeil secondaire aux douleurs et une vision négative des perspectives d'avenir. Ces symptômes correspondaient à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), confirmé par un score de 14 points sur l'échelle de dépression de Hamilton (dépression légère), qui était secondaire à la fibromyalgie et aux difficultés économiques conséquentes. Comparativement à l'examen psychiatrique de 2006, la thymie était actuellement légèrement abaissée, sans que cela n'interfère dans le quotidien de l'expertisée ou dans une activité professionnelle. La psychiatre a précisé que de 2007 à 2016, la thymie semblait être restée stable, évoluant dès octobre 2016 vers une discrète péjoration. Divers traitements antidépresseurs auraient été prescrits depuis 2006, sans guère d'effets. Toutefois, aucun taux sérique de ces médicaments n'avait été effectué afin de vérifier si les taux étaient thérapeutiques et si l'assurée se montrait compliant à de tels traitements. Depuis 2016, l'assurée était sous traitement de Duloxétine 60 mg, sans modification jusqu'en novembre 2018, bien que son médecin traitant attestait d'une dépression sévère. Par la suite, la dose avait été augmentée à 90 mg par jour, mais le taux sérique effectué le jour de l'expertise ne détectait pas cette substance. Correctement médiqué, l'épisode dépressif léger devrait rapidement s'amender. Les discrètes

limitations n'interféraient pas dans une activité simple et la capacité de travail était entière. Toutefois, l'assurée s'estimant dans l'incapacité d'exercer un emploi, même à temps partiel, toute mesure de réadaptation serait vouée à l'échec.

L'assurée ne présentait pas de déviation marquée de la pensée, de conflits relationnels à répétition, d'impulsivité, d'intolérance à l'autorité ou d'anamnèse de troubles des conduites ou du comportement, ce qui permettait d'exclure un trouble de la personnalité.

Concernant les ressources de l'assurée, cette dernière était fiable, ponctuelle, avec une bonne capacité de jugement et sans trouble relationnel avec ses pairs ou sa famille. Elle avait mis en avant ses faibles ressources sur le plan éducatif, si bien qu'elle avait mis une priorité à l'éducation de ses enfants qui avaient tous deux acquis un niveau d'études supérieures. Elle avait maintenu un bon réseau social d'amis en dépit du déracinement professionnel et avait un réseau familial harmonieux avec lequel elle partageait des loisirs. Elle était en mesure de planifier et de structurer des tâches, d'établir des relations harmonieuses avec les autres et ses proches, et de maintenir des activités spontanées. Elle adorait lire, s'intéressait volontiers aux informations, aux émissions spécialisées de télévision, aux tâches administratives et aux paiements du ménage. Aucun trouble de la concentration ou de l'attention n'était relevé. En revanche, la flexibilité et les capacités d'adaptation et d'endurance étaient en partie réduites en raison de l'abaissement du seuil de la douleur et des symptômes dépressifs légers. L'aptitude à s'affirmer était réduite de longue date.

S'agissant du contrôle de cohérence, les expertes ont relevé l'absence de signe de déconditionnement majeur, de faciès tendu, fatigué ou douloureux. La gestuelle était ample, harmonieuse. L'assurée restait agile pour franchir un petit obstacle dans un déplacement spontané. Elle était intégrée au plan familial, social et gardait des intérêts pour la lecture, l'environnement, et avait bien suivi l'évolution de ses enfants. Elle aimait sortir avec ses anciennes collègues de travail ou dans les magasins avec sa fille. Malgré les douleurs évoquées, elle gardait un bon état et des aptitudes fonctionnelles lui permettant d'avoir une vie normale de mère de famille et de solides relations sociales. Elle avait maintenu un foyer harmonieux où ses enfants avaient grandi et étudié avec son soutien indéfectible. Le manque de cohérence résidait dans le fait que l'assurée relatait une impossibilité totale pour une activité légère adaptée, mais les limitations fonctionnelles décrites sur le plan professionnel n'étaient pas en concordance avec les aptitudes résiduelles dans la vie habituelle. Elles permettaient une activité comme celle qui avait été exercée en dernier lieu et durant de longues années chez l'employeur. Les importantes douleurs quotidiennes alléguées ne l'empêchaient pas de gérer un ménage de quatre personnes, de faire les courses et les repas. Elle adorait lire, s'intéressait journalièrement aux informations du monde, regardait avec plaisir des émissions spécialisées à la télévision comme Infrarouge, et s'intéressait aux devoirs de sa fille de 17 ans, discutant de la révolution industrielle et de ses conséquences. Elle voyait

régulièrement ses anciens collègues. Lors de l'entretien, l'assurée était souriante, s'animait, plaisantait, mais montrait une labilité émotionnelle lorsqu'elle évoquait ses algies. Les expertes ne constataient pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et les pertes de fonctionnalité dont se plaignait l'assurée n'étaient pas cohérentes, ni plausibles et montraient une amplification.

Concernant l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, l'assurée avait maintenu sa place de mère au foyer en étant aidée pour les tâches les plus lourdes par son mari, puis par ses enfants lorsqu'ils avaient grandi. Des causes sortant du champ médical avaient visiblement interféré, et l'assurée ne souhaitait pas de réévaluation des aptitudes professionnelles, mettant en avant son âge, son manque de qualification et son syndrome douloureux.

Compte tenu des atteintes somatiques, l'assurée devait éviter un travail nécessitant continuellement la marche ou la station debout, des horaires irréguliers à composante nocturne, en zone basse, les escaliers et les terrains instables ou pentus, ainsi que le port de charges de plus de 5 kg. Les expertes ont conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière au plan somatique et au plan psychique dans une activité adaptée, telle que la dernière activité exercée. Elles n'ont pas retenu d'aggravation sur le plan somatique ou psychique depuis 2006.

27. Dans un avis du 15 mai 2019, la Dresse P\_\_\_\_\_ a considéré que l'expertise avait été conduite dans les règles de l'art et était convaincante. Elle a maintenu ses conclusions du 10 novembre 2016.
28. Par décision du 23 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée au motif qu'aucun fait nouveau n'avait été apporté et que la capacité de travail de l'intéressée était entière dans toute activité.
29. Par acte du 24 juin 2019, l'assurée, représentée par un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en psychiatrie, rhumatologie et médecine interne, et principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015. En substance, la recourante a soutenu qu'elle était en totale incapacité de travail et que son état de santé s'était aggravé depuis 2006, comme attesté par son médecin traitant et par le fait qu'elle avait débuté un suivi auprès d'un psychiatre en 2017. Elle a invoqué que le rapport d'expertise n'était pas probant car il ne respectait pas le schéma d'évaluation imposé par le Tribunal fédéral en matière de fibromyalgie. En outre, il ne contenait aucun calcul ou élément de réponse concernant les tests de l'échelle de dépression d'Hamilton.
30. Dans sa réponse du 17 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que le rapport d'expertise, auquel une pleine valeur probante devait être reconnue, excluait une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force. Le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas d'influence sur la capacité de

travail. En effet, l'évaluation des indicateurs permettait de retenir que la recourante ne présentait pas de comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail. La compliance du traitement était mauvaise, de sorte qu'on ne pouvait en aucun cas parler d'échec de traitement ou de processus maladif s'étendant sur plusieurs années. Il n'y avait pas de limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et la recourante disposait de ressources personnelles préservées. Il y avait un manque de cohérence entre l'incapacité de travail totale qu'elle déclarait et les éléments figurant au dossier, et des divergences entre les symptômes décrits et le comportement de la recourante en situation d'examen. Sur le plan somatique, l'experte avait noté un manque de cohérence car la recourante relatait une impossibilité totale d'exercer une activité légère et adaptée, et les limitations fonctionnelles décrites sur le plan professionnel n'étaient pas en concordance avec les aptitudes résiduelles dans la vie habituelle. De même, l'experte psychiatre n'avait pas constaté une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et avait considéré que les pertes de fonctionnalité dont se plaignait la recourante n'étaient pas cohérentes, plausibles et montraient une amplification. En définitive, le rapport d'expertise confirmait l'absence de caractère invalidant de la fibromyalgie, en application de la nouvelle jurisprudence. Partant, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, de sorte que des investigations complémentaires s'avéraient inutiles.

31. Par réplique du 15 novembre 2019, la recourante a intégralement persisté. Elle a relevé que les diagnostics, constatations et conclusions de son psychiatre traitant divergeaient dans une très grande mesure de celles des expertes, notamment quant à sa capacité de travail. Les considérations qui ressortaient de l'expertise sur ses ressources personnelles et son contexte social étaient très éloignées de celles de son psychiatre, qui avait relevé qu'elle ne pouvait pas accomplir les tâches quotidiennes et le ménage. Compte tenu de ces contradictions, il convenait d'ordonner une expertise judiciaire, ce d'autant plus qu'il n'y avait pas eu d'expertise rhumatologique.

La recourante a joint un questionnaire auquel avait répondu à sa demande le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en date du 30 octobre 2019. Il en ressort que le psychiatre traitant, consulté à raison d'une séance par mois depuis le 22 novembre 2017, avait retenu les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de dépression majeure moyenne à sévère sans caractéristique psychotique (F33.1). Les limitations fonctionnelles consistaient en des douleurs intenses, persistantes, dans la tête, irradiant dans la nuque avec des lombalgies et des sciatalgies, douleurs qui s'accompagnaient d'un sentiment de détresse important aboutissant à un syndrome dépressif majeur, moyen à sévère, caractérisé par une grande fatigue, des insomnies, une anhédonie, une perte de l'élan vital, une dévalorisation, un sentiment d'injustice, une anxiété présente la plupart de la journée, une tristesse, des pleurs et des idées de mort sans

idéation suicidaire organisée. Les douleurs ne réagissaient pas aux traitements antalgiques et la patiente ne parvenait pas à accomplir les tâches quotidiennes et son ménage. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 novembre 2017, pour une période indéterminée, étant précisé que la patiente indiquait une incapacité de travail depuis 2004. Le traitement comprenait la prise de Duloxetine 90 mg par jour, de Xanax 1 mg par jour et de Stilnox 10 mg par jour. La patiente décrivait une bonne compliance médicamenteuse, les résultats n'étaient pas concluants et des tests sériques n'avaient pas été effectués. La recourante pourrait améliorer sa qualité de vie avec la poursuite du traitement instauré, mais le pronostic était sombre s'agissant de la reprise d'une activité professionnelle ou d'un programme de réinsertion professionnelle. L'octroi d'une rente d'invalidité serait très indiqué chez cette patiente qui ne pourrait plus reprendre une activité occupationnelle et structurée. Si l'expertise du BEM avait été réalisée selon les règles de l'art, son résultat ne correspondait pas à ses constatations. L'épisode dépressif léger retenu contrastait avec la symptomatologie dépressive moyenne à sévère qui, même si elle était secondaire à la fibromyalgie et aux difficultés économiques conséquentes d'une vie avec une certaine précarité financière, s'était installée dans le fonctionnement de la patiente comme récurrent et chronique.

32. Dans sa duplique du 10 décembre 2019, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Il a relevé que s'il était nécessaire de considérer les aspects subjectifs apportés par le patient dans le processus diagnostique en psychiatrie, ces aspects devaient impérativement être confrontés aux éléments subjectifs qui ne pouvaient être ignorés, ce qui faisait clairement défaut dans le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ qui se basait essentiellement sur les affirmations de la recourante et la description que celle-ci faisait de ses activités. La motivation de la recourante consistait essentiellement à souligner la divergence d'opinion entre l'experte et son médecin traitant quant à la capacité de travail, ce qui n'était pas suffisant pour remettre en cause une expertise.

L'intimé a joint un avis de la doctoresse T\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, du 9 décembre 2019. Celle-ci a relevé que le Dr S\_\_\_\_\_ décrivait une symptomatologie dépressive reposant sur des éléments principalement subjectifs, alors que l'experte psychiatre, pour retenir le diagnostic de trouble dépressif léger, s'était basée sur des éléments objectifs, tels que le status clinique corrélé à la description du déroulement du quotidien. Les expertes n'avaient pas constaté de limitation uniforme au niveau des activités dans tous les domaines de la vie, étant relevé que la recourante ne présentait pas de difficultés majeures à mener à bien ses activités ménagères et sociales, comme c'était le cas dans un trouble dépressif léger. Les expertes avaient conclu que les pertes de fonctionnalité dont se plaignait la recourante n'étaient pas cohérentes et plausibles, et montraient une amplification des symptômes. Le monitoring thérapeutique (dosage sanguin) avait montré l'absence de prise de l'antidépresseur, et un faible taux de paracétamol, indiquant un problème de compliance et ainsi une incohérence avec les plaintes. Les expertes

avaient analysé les indicateurs standards pour évaluer de manière objective la capacité de travail. Par ailleurs, la psychiatre n'avait pas posé le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, mais avait retenu celui de fibromyalgie, pour lequel l'experte somaticienne avait apporté ses conclusions. Ainsi, le SMR considérait que le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ n'amenait pas de nouveaux éléments médicaux objectifs permettant de remettre en question les conclusions de l'expertise.

### **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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
4. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations de la recourante, plus particulièrement s'il existe une modification sensible de l'état de santé de l'intéressée ou de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision de l'intimé du 5 septembre 2006 entrée en force.
5. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les

---

références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_137/2018 précité consid. 2.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6).

b. L'art. 17 al. 1 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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse.

La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b), qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1).

6. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. 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<sup>er</sup> 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).

b. 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).

7. 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 ATF 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).

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).

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. 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 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 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 asséculo-logique 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 (inévitabile) 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).

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

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).

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).

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 ; 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. À 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. 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. 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 les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
10. 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).
11. 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 (RS 101 – Cst ; 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).
12. a. En l'espèce, il est rappelé que l'intimé a rejeté la première demande de prestations de la recourante, par décision du 5 septembre 2006 entrée en force, au motif que l'intéressée disposait d'une entière capacité de travail.

Cette appréciation était fondée sur le rapport d'expertise du SMR du 9 mai 2006, aux termes duquel étaient retenus les diagnostics de status après une sarcoïdose pulmonaire, d'hypothyroïdie substituée secondaire à un traitement d'iode radioactif et de radiothérapie pour nodule malin en 1994, de fibromyalgie et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie. Le SMR avait conclu que ces troubles n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante, qui ne présentait aucune limitation fonctionnelle, que ce soit sur les plans ostéo-articulaire,

psychiatrique ou pneumologique, étant précisé que la fibromyalgie n'avait pas un caractère invalidant au vu des critères alors applicables.

b. La recourante a déposé une nouvelle demande de prestations le 4 juin 2015, mentionnant être en incapacité totale de travail depuis 2010 en raison d'une polyarthrite débutante versus connectivite ou d'une atteinte mixte sarcoïdose et articulaire.

Si l'intimé a tout d'abord considéré que les rapports reçus dans le cadre de cette seconde demande ne rendaient pas plausible une modification notable des circonstances, il a toutefois diligenté une expertise à la suite de l'opposition de la recourante. Il est ainsi entré en matière, de sorte qu'il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier si une modification du degré d'invalidité est intervenue depuis le mois de septembre 2006.

c. Dans sa décision du 23 mai 2019, l'intimé a conclu que son instruction n'avait apporté aucun fait nouveau et que la capacité de travail de la recourante était toujours entière dans toute activité. Il s'est fondé sur l'avis du SMR du 15 mai 2019, lui-même basé sur le rapport d'expertise du BEM du 15 avril 2019 aux termes duquel il n'y avait pas d'aggravation sur les plans somatique et psychique depuis 2006 et que la capacité de travail était entière dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport d'expertise.

La recourante conteste les conclusions dudit rapport et reproche aux expertes de ne pas avoir respecté le schéma d'évaluation imposé par le Tribunal fédéral en matière de fibromyalgie et de ne pas avoir précisément indiqué les résultats des tests de la dépression selon Hamilton. Elle rappelle avoir débuté un suivi auprès d'un psychiatre en 2017 et soutient qu'elle est totalement incapable de travailler, comme attesté par ses médecins traitants, dont les considérations sont très éloignées de celles des expertes, notamment en ce qui concerne le contexte social ou ses ressources personnelles. Elle souligne encore l'absence d'expertise rhumatologique.

13. a. La chambre de céans constate au préalable que l'expertise du BEM a été réalisée par la Dresse R\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par la Dresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Eu égard aux compétences de cette seconde experte, le grief de la recourante s'agissant des disciplines couvertes par le mandat d'expertise n'est pas fondé.

Elle observe ensuite que les expertes ont chacune pris connaissance du dossier complet de la recourante, étudié et discuté soigneusement les rapports pertinents y figurant, présenté des anamnèses détaillées et fouillées, et retranscrit précisément les informations livrées par la recourante, s'agissant particulièrement des traitements suivis, de ses plaintes et habitudes. Elles ont argumenté chaque diagnostic retenu et motivé leurs conclusions consensuelles quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail.

Le rapport d'expertise remplit donc a priori les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b. Il convient encore d'examiner s'il existe des indices concrets permettant de douter du bien-fondé de ce document.

C'est le lieu de relever que le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2019, bien que postérieur à la décision litigieuse, doit être pris en considération puisqu'il est étroitement lié à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue.

14. a. Au niveau psychiatrique, la recourante fait valoir une aggravation de son état de santé en raison d'un état dépressif sévère.

b. La chambre de céans rappelle que l'experte psychiatre a retenu un épisode dépressif léger (F32.00) secondaire à la fibromyalgie, sans syndrome somatique. Elle a considéré que cette atteinte, qui pourrait rapidement s'amender avec une médication correcte, n'interférait pas dans une activité simple, de sorte que la capacité de travail demeurerait entière.

Cette appréciation résulte d'une anamnèse psychiatrique systématique approfondie, qui a porté sur les fonctions cognitives, l'humeur, les angoisses et dissociations, les fonctions dites « végétatives » et autres symptômes d'allure somatoforme, l'utilisation de substances et de dépendances, les conflits avec la réalité, la personnalité, les antécédents familiaux, personnels et héréditaires, la scolarité, la formation et le parcours professionnel, les activités sociales, l'anamnèse psychosociale et l'histoire de vie sentimentale, la perception de la recourante par rapport au travail, à une réadaptation professionnelle et à l'avenir en général, ainsi que les habitudes (cf. expertise p. 52-58). Elle tient également compte des constatations objectives de l'experte, à savoir ses observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure, la compréhension linguistique et l'examen du status psychiatrique, lequel a englobé des analyses de laboratoire et des tests psychologiques complémentaires (cf. expertise p. 58-60).

L'anamnèse psychiatrique révèle notamment les absences d'idées suicidaires, de trouble de l'appétit, de diminution de l'intérêt ou du plaisir, de ralentissement ou d'agitation psychomotrice. L'experte a en revanche relevé une humeur fluctuante, une diminution de l'énergie vitale, une absence de confiance en soi, des troubles du sommeil secondaires aux douleurs et une vision négative des perspectives d'avenir, et expliqué que ces symptômes correspondaient à un épisode dépressif léger sans symptôme psychotique selon la CIM-10. Elle a ajouté que ce diagnostic avait été confirmé par un score de 14 points sur l'échelle de dépression d'Hamilton, qui correspondait également à une dépression légère (cf. expertise p. 60 et 61).

Le fait que la psychiatre n'ait pas annexé à son rapport le test d'Hamilton ni n'en ait retranscrit la synthèse n'est pas de nature à engendrer un doute sur la validité de son expertise puisque le diagnostic est en l'occurrence fondé sur les critères d'un système de classification reconnu (CIM-10) et n'a pas été porté sur la base de l'auto-questionnaire. Le rapport de l'experte est bien structuré et contient toutes les informations nécessaires et pertinentes à l'appréciation du cas de la recourante.

c. En ce qui concerne les avis des médecins traitants de la recourante, il est rappelé que le Dr J\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif récurrent sévère (cf. rapports des 6 octobre et 12 décembre 2016, 7 novembre 2017), et signalé une capacité de concentration amoindrie dans son dernier rapport (cf. rapport du 7 novembre 2017). Ce praticien n'est toutefois pas psychiatre. De plus, son diagnostic n'est aucunement motivé et la restriction retenue ne repose sur aucune constatation objective. Ses rapports ne sont donc pas propres à remettre en cause les conclusions de l'experte en la matière.

Le Dr S\_\_\_\_\_ a quant à lui posé deux diagnostics dans son rapport du 30 octobre 2019, soit un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et une dépression majeure moyenne à sévère sans caractéristique psychotique (F33.1). S'agissant de la première atteinte, retenue en raison de douleurs intenses et persistantes accompagnées d'un sentiment de détresse important, on relèvera que l'avis du psychiatre traitant est isolé et que tous les autres médecins consultés ont diagnostiqué une fibromyalgie en lien avec les douleurs. Quant à la seconde atteinte, il sied de constater que le code diagnostique mentionné est celui du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, selon la CIM-10 actuellement en vigueur. Le degré de gravité retenu par le psychiatre traitant ne correspond donc pas à la classification internationale et est imprécis. De surcroît, le rapport du 30 octobre 2019 ne comporte pas de description clinique comportementale détaillée permettant de justifier les deux diagnostics posés et les limitations fonctionnelles énumérées. Le Dr S\_\_\_\_\_ n'a pas du tout discuté les symptômes et les empêchements relatés, qui sont pourtant en totale contradiction avec l'analyse argumentée des expertes. À titre d'exemples, la spécialiste en médecine interne et rhumatologie a mentionné que la recourante faisait des petites courses pour acheter ce qui lui manquait, préparait les repas, parfois avec l'aide de son mari ou de sa fille s'ils étaient présents, sortait faire des promenades ou se rendait dans des magasins, faisait la lessive et repassait en fractionnant son travail. L'intéressée voyait chaque semaine ses amis, aimait regarder les documentaires à la télévision, lire des romans (cf. expertise p. 27). De même, l'experte psychiatre a indiqué que la recourante effectuait les diverses tâches ménagères par étape, se préparait les repas à midi, lisait, sortait avec des amis et discutait avec sa fille de ses devoirs. Elle préparait le repas du soir, parfois aidée par son mari. Elle lisait des livres et le journal l'après-midi et le soir, regardait volontiers les informations ou des émissions à la télévision (cf. expertise p. 57). Dans ces circonstances, le sentiment de détresse important, l'anhédonie, la perte de l'élan vital ou encore l'impossibilité de participer aux tâches quotidiennes et au ménage relatés par le Dr S\_\_\_\_\_ n'apparaissent pas convaincants.

d. En définitive, les rapports succincts et dépourvus de toute motivation du médecin traitant et du psychiatre traitant ne permettent pas de douter du bien-fondé du diagnostic psychiatrique retenu par l'experte à l'issue d'investigations approfondies, ni de ses conclusions quant à la capacité de travail.

15. a. Au niveau somatique, la recourante ne se prévaut pas d'une modification sensible de son état de santé depuis la première décision de l'intimé.

Elle ne soutient en particulier pas que les atteintes diagnostiquées dans le rapport d'expertise et qui n'étaient pas présentes en 2006, soit le trouble statique plantaire, le status après une décompensation douloureuse d'une chondropathie fémoro-patellaire droite en 2007, le status après un épisode de lombosciatalgie droite et après une chute et une possible contusion sacro-coccygienne en 2015 et de la hanche gauche en 2017, auraient une quelconque répercussion sur sa capacité de travail dans son activité habituelle.

Elle ne soutient pas davantage que les autres troubles déjà constatés en 2006 en lien avec l'hypothyroïdie et la sarcoïdose pulmonaire se seraient aggravés depuis lors et l'empêcheraient désormais de travailler.

b. La chambre de céans relèvera à toutes fins utiles que si le Dr J\_\_\_\_\_ a dans un premier temps mentionné de nouveaux diagnostics différentiels en lien avec les douleurs diffuses (cf. rapport du 22 juin 2015), il a par la suite uniquement retenu celui de fibromyalgie (cf. rapports des 10 octobre 2015, 6 octobre et 12 décembre 2016, 7 novembre 2017), précisant qu'il n'y avait pas d'autre atteinte somatique relevante (cf. rapport du 7 novembre 2017).

c. Dans ces conditions, les conclusions du rapport d'expertise selon lesquelles la capacité de travail de la recourante est demeurée entière depuis 2006 du point de vue strictement somatique, ne sont pas critiquables.

16. a. La recourante invoque en revanche que la fibromyalgie dont elle souffre depuis de nombreuses années justifie dorénavant l'octroi d'une rente d'invalidité, en application des nouveaux critères jurisprudentiels.

b. La chambre de céans constate que, contrairement à ce que soutient l'intéressée, les expertes ont examiné si ce trouble entraînait une incapacité de travail, en motivant leur évaluation conformément aux indicateurs développés par le Tribunal fédéral.

Ainsi, s'agissant du degré de gravité fonctionnelle, les expertes ont posé des diagnostics clairs et précisé les éventuelles restrictions qui en découlaient. Elles ont notamment exposé que l'épisode dépressif léger secondaire à la fibromyalgie pourrait rapidement s'amender s'il était correctement médicalement, étant souligné que le taux sérique réalisé le jour de l'expertise ne détectait pas le traitement de Duloxétine, prescrit depuis 2016 et augmenté en 2018. Elles ont également relevé que la recourante répétait ne pas pouvoir envisager une reprise du travail ou une réinsertion professionnelle, même dans une activité légère et adaptée. Concernant la personnalité et les ressources, elles ont relevé que l'intéressée ne présentait pas de trouble de la pensée ou de l'attention, de conflits relationnels à répétition, d'impulsivité, de troubles des conduites ou du comportement. Il n'y avait pas de limitation en termes de planification ou de structuration des tâches, seules pouvaient être retenues une réduction des capacités de flexibilité, d'adaptation et

d'endurance en raison des douleurs et des syndromes dépressifs légers. Au niveau social, la recourante maintenait des activités spontanées et des relations harmonieuses et solides avec sa famille, ses proches et ses anciens collègues. Elle avait de nombreux loisirs, s'intéressait à l'actualité, gérait les tâches administratives et ménagères, et avait veillé à la bonne éducation et scolarité de ses enfants. Les expertes ont constaté un manque de cohérence, dès lors que la recourante relatait une totale impossibilité d'exercer une activité professionnelle, même légère et adaptée, alors qu'elle conservait des aptitudes dans la vie habituelle. L'importance des troubles annoncés n'était pas plausible eu égard au maintien d'un bon état général et d'une gestuelle non limitée à plusieurs années d'évolution de la maladie. Il n'y avait pas de limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, et les pertes de fonctionnalité alléguées, qui n'étaient ni cohérentes ni plausibles, montraient une amplification.

Les expertes ont ainsi conclu, au terme de leur analyse consensuelle, que la fibromyalgie ne justifiait aucune incapacité de travail.

c. Les rapports du Dr J\_\_\_\_\_ ne contiennent pas d'indice qui permettrait de douter du bien-fondé des conclusions de l'expertise, dûment motivées et convaincantes. En effet, le médecin traitant a attesté une totale incapacité de travail en lien avec d'intenses douleurs touchant plusieurs articulations et un état dépressif récurrent sévère (cf. rapports des 22 juin 2015, 6 octobre et 12 décembre 2016, 7 novembre 2017), sans toutefois se prononcer sur les critères applicables. On relèvera encore, s'agissant de l'indication de l'échec de tous les traitements, que cette affirmation est mise à mal par le suivi thérapeutique des médicaments par dosages sanguins effectué lors de l'expertise.

Quant au Dr S\_\_\_\_\_, il n'a pas non plus examiné les capacités fonctionnelles effectives de la recourante conformément aux exigences jurisprudentielles. Les limitations et les symptômes qu'il a cités, sans argumentation aucune, ne sauraient remettre en cause l'évaluation étayée des expertes s'agissant des indicateurs pertinents. Rien dans le rapport du psychiatre traitant ne permet de douter de l'appréciation des experts, notamment en ce qui concerne les ressources personnelles, le contexte social ou encore la cohérence qu'ils ont relevés dans leur rapport d'expertise. On relèvera en outre, s'agissant du traitement, que le psychiatre traitant n'a pas effectué de tests sériques, quand bien même les analyses réalisées en cours d'expertise suscitent des interrogations sur la bonne compliance médicamenteuse au traitement qu'il prescrit.

d. Force est donc de constater que ces documents ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise.

17. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du BEM du 15 avril 2019 remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Elle tiendra donc pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'aucun changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de la recourante ne s'est produit depuis la prononcé de la première décision, et que la capacité de travail de l'intéressée est restée entière dans son activité habituelle, tant sur le plan somatique et que sur le plan psychique, ce depuis le mois de septembre 2006.

18. Au vu de ce qui précède, le recours mal fondé, est rejeté.
19. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner la recourante 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. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Marine WYSSENBACH

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