

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1958, sans formation professionnelle, a travaillé comme ouvrière dans une entreprise de sérigraphie sur tissus jusqu'en 1992, date à compter de laquelle elle a été mise en arrêt de travail, essentiellement en raison d'une infection pulmonaire et de céphalées.
2. Le 19 février 1993, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et en médecine du travail a rédigé un rapport d'expertise à l'intention de l'assurance perte de gain. Il en ressortait que l'assurée souffrait surtout de céphalées répétitives et d'angoisses. Le tableau évoquait un syndrome d'hyperventilation, favorisé par un terrain anxieux. Les tests neuropsychologiques avaient mis en évidence un ralentissement, une fatigabilité, des troubles attentionnels et de programmation et de discrets troubles mnésiques. S'y ajoutaient un état dépressif et des céphalées pulsatiles fréquentes, avec des vertiges et des troubles visuels.
3. Le 2 septembre 1993, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).

Par décision du 1^{er} novembre 1994, l'OAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 1993, en raison de séquelles d'une intoxication aux solvants, d'une dysthymie dépressive, d'une fatigue, d'une adynamie et d'une diminution des capacités mentales.

À l'époque, c'était principalement l'évitement agoraphobique qui constituait un obstacle à la reprise d'une activité lucrative (cf. rapport du docteur C_____ du 1^{er} novembre 1993).

La décision de l'OAI se basait sur les conclusions de l'expertise psychiatrique pratiquée le 12 juin 1994 par le docteur D_____, lequel avait exprimé l'avis que la pathologie de l'assurée était associée à l'intoxication qu'elle avait probablement subie sur son lieu de travail et l'empêchait totalement, depuis juillet 1992, d'exercer la moindre activité lucrative. L'expert précisait que les séquelles d'une intoxication pouvaient certes être durables mais que, compte tenu des capacités d'autoréparation du cerveau et des organes périphériques, on ne pouvait conclure à une invalidité définitive ; selon lui, l'incapacité de travail durerait vraisemblablement deux ans.

4. À l'issue d'une première procédure de révision, par décision du 12 septembre 2003, l'OAI a supprimé la rente allouée jusqu'alors au motif que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré.

Se ralliant à l'avis de son service médical, l'OAI a considéré que les différents diagnostics évoqués par le docteur E_____ dans ses rapports de novembre 2002 et juin 2003 - asthme bronchique, stress, dépression, syndrome de fatigue chronique,

névralgies cervico-brachiales, fracture de l'apophyse épineuse de C7 et trouble de la sensibilité périphérique du côté gauche - étaient stabilisés et guéris.

5. L'intéressée ayant annoncé une aggravation de son état de santé par l'entremise du Dr E_____ (cf. rapports des 6 novembre et 10 décembre 2003), l'OAI a ré-ouvert le dossier, puis ordonné une expertise psychiatrique auprès du docteur F_____, lequel a conclu à une totale incapacité de travail due à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et à une agoraphobie avec trouble panique (cf. rapport du 18 février 2004), tout en préconisant un traitement par antidépresseurs et psychothérapie, propre, selon lui, à permettre le recouvrement d'une pleine capacité de travail (cf. rapport du 18 février 2004).

Le 2 juin 2004, l'office a décidé de reconnaître à l'assurée le droit à une rente entière dès décembre 2003, en précisant qu'il procéderait à une révision une année plus tard et supprimerait la rente si le traitement psychiatrique n'était pas suivi.

6. Après avoir initié une seconde procédure de révision au mois de mai 2005, l'OAI, par décision du 14 décembre 2007, a supprimé la rente allouée à l'assurée, à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :

- un rapport du Dr E_____ faisant état d'une aggravation de l'état de santé général de sa patiente et d'une capacité de travail nulle, en lien avec un asthme bronchique aggravé, une dépression nerveuse, un état de stress permanent, un syndrome cervical aggravé, un côlon irritable et un syndrome de fatigue chronique ;
- un rapport d'examen neurologique du 2 février 2005 émanant du docteur G_____, concluant à des migraines communes et préconisant la mise en œuvre d'un traitement ;
- un avis de la doctoresse H_____, ophtalmologue, émettant l'hypothèse que la presbyopie de sa patiente pouvait expliquer une partie de ses céphalées ;
- un rapport émis le 7 avril 2006 par le docteur I_____, psychiatre traitant, concluant à des troubles de l'humeur organiques, à un trouble de personnalité affective, à un trouble panique avec agoraphobie et à une capacité de travail nulle ;
- une nouvelle expertise psychiatrique du Dr J_____, du 13 septembre 2007, retenant, en plus des diagnostics déjà retenus précédemment, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques ; l'expert concluait que la reprise d'une activité lucrative n'était toujours pas envisageable et préconisait un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique intensif et un traitement antidépresseur sous contrôle monitoring thérapeutique pour espérer une amélioration compatible avec une activité professionnelle s'exerçant à mi-temps au moins et à condition qu'elle soit adaptée aux limitations physiques de l'assurée ;
- un courrier du 16 novembre 2007 du Dr E_____ informant l'OAI que l'assurée allait entreprendre un traitement psychiatrique auprès du docteur K_____ ;
- un nouveau courrier du Dr E_____ daté du 16 janvier 2008, attestant d'une détérioration générale de l'état de santé de sa patiente, surtout du point de vue

psychologique, et d'une aggravation de son atteinte rhumatismale articulaire et musculaire avec apparition de vertiges, d'un syndrome de fatigue chronique, de troubles dépressifs, d'infections rénales répétées, d'asthme et de bronchite chronique avec épisodes de crises et d'un syndrome rénal avec perte de protéines.

À la suite d'un recours de l'assurée, l'OAI, par décision du 20 mars 2008, a décidé de reprendre l'instruction de la cause, ce dont le Tribunal cantonal a pris acte le 11 avril 2008.

L'OAI, par décision du 4 février 2009, a supprimé la rente d'invalidité, au motif que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité à compter de février 2008. Sa décision était motivée par le complément d'instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport établi le 12 août 2008 par le docteur L_____, médecin auprès du service de néphrologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), retenant les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, agoraphobie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques ; le Dr L_____ considérait que les problèmes psychiatriques étaient restés au premier plan ; l'incapacité de travail était selon lui totale pour des raisons essentiellement psychiatriques, étant précisé que l'état psychique de la patiente s'était aggravé sans qu'une période de nette amélioration ait pu être constatée ; sur le plan physique, une importante fatigue était mise en évidence dont il était précisé qu'elle entraînait des limitations fonctionnelles ; selon lui, une activité adaptée n'était plus envisageable sous réserve d'une reprise à 50% si un traitement psychiatrique prolongé, intensifié et rigoureux était entrepris ; il réservait toutefois son pronostic au vu de la durée de la maladie et des différentes tentatives de traitement restées infructueuses ;
- un examen clinique psychiatrique de la Dresse M_____, psychiatre FMH auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), du 23 octobre 2008, concluant à un trouble dépressif récurrent en rémission complète ainsi qu'à une personnalité avec traits émotionnellement labiles de type borderline et à des plaintes non systématisées pouvant suggérer l'émergence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, non invalidants ; la Dresse M_____ précisait n'avoir trouvé aucun argument remettant en question l'appréciation médicale du Dr F_____ mais n'avoir pour sa part relevé aucun signe de dépression ; elle en tirait la conclusion que l'état de l'expertisée s'était amélioré, au plus tard au mois de février 2008, date à compter de laquelle une pleine capacité de travail était exigible de l'assurée du point de vue psychiatrique, tant dans l'activité précédemment exercée (plieuse dans un pressing) que dans toute autre adaptée à ses limitations physiques ;
- un rapport émis le 28 janvier 2009 par le Dr K_____, psychiatre, confirmant avoir pris en charge l'assurée depuis le mois de novembre 2007, relatant que cette dernière se plaignait d'un malaise général, de céphalées quotidiennes et d'insomnies, qu'elle n'exprimait pas de plaintes psychiatriques précises, mise à part une certaine anxiété, que l'examen clinique permettait de mettre en évidence un état dépressif léger, des

traits névrotiques de type phobique et caractériel, une personnalité frustrée, ainsi que des difficultés d'adaptation ; le médecin indiquait que selon ses constatations, la symptomatologie dépressive s'était améliorée au mois de janvier 2008 ; il précisait que les troubles psychiatriques, à eux seuls, ne justifiaient pas une invalidité, tout en soulignant que l'état général de santé de sa patiente devait être pris en considération.

Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, l'a rejeté par arrêt du 30 novembre 2009 (ATAS/1513/2009), arrêt qui a été annulé à son tour par le Tribunal fédéral (arrêt du 13 septembre 2010), qui a renvoyé la cause à la juridiction cantonale pour instruction complémentaire. En substance, le Tribunal fédéral reprochait à cette dernière d'avoir pris à tort comme terme de comparaison la décision initiale de novembre 1994, alors qu'une décision était intervenue en juin 2004. La Haute-Cour relevait par ailleurs que l'octroi de la rente à partir de décembre 2003 reposait fondamentalement sur des motifs d'ordre psychiatrique - puisque les diagnostics retenus par l'expert-psychiatre F_____ suffisaient déjà à légitimer une totale incapacité de travail - ; en revanche, l'état de santé physique de l'assurée à l'époque n'avait fait l'objet d'aucune investigation permettant d'évaluer son influence sur la capacité de travail : les affections somatiques évoquées par le Dr E_____ n'avaient en effet fait l'objet d'aucun véritable examen et l'avis du Dr L_____ - qui ne portait que sur les effets des affections rénales - ne permettait pas de se prononcer sur les autres troubles somatiques évoqués par le Dr E_____.

Par arrêt du 28 juin 2013, entré en force, la Cour de céans a confirmé la décision du 4 février 2009 en tant qu'elle supprimait la rente dès février 2008. La Cour a notamment relevé que les experts avaient conclu à une absence de limitations fonctionnelles importantes, même s'ils avaient signalé, depuis le début de l'année 2010 au moins, l'apparition de douleurs inflammatoires pouvant interférer avec une activité professionnelle nécessitant l'utilisation répétée des mains. La péjoration alléguée était toutefois postérieure à la décision de suppression de rente de 2009. L'arrêt a été rendu à l'issue d'une instruction complémentaire ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :

- un courrier du Dr L_____ du 10 juin 2011 indiquant « respecter et accepter » les constatations et conclusions de la Dresse M_____ ; selon lui, l'incapacité de travail de l'assurée relevait essentiellement de l'atteinte psychique ;
- l'audition, en date du 16 juin 2011, du Dr K_____, confirmant le fait qu'une amélioration était survenue sur le plan psychique en janvier 2008, date à laquelle il avait revu l'assurée et constaté une nette amélioration par rapport à l'année précédente ; en janvier 2009, l'état de sa patiente s'était encore amélioré et elle était désormais d'accord pour admettre qu'aucune incapacité de travail ne se justifiait plus sur ce plan ;
- un courrier du Dr E_____ indiquant, début août 2011, que la patiente était guérie, qu'elle lui devait CHF 5'000.- pour ses consultations et qu'il ne l'avait plus revue

depuis novembre 2009, ce dont il tirait la conclusion que cela confirmait qu'elle n'avait pas besoin de médecin (sic) ;

- le rapport d'expertise judiciaire rédigé le 4 décembre 2012 par la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), plus particulièrement par les docteurs N_____, médecin-interniste, O_____, rhumatologue, P_____, psychiatre, Q_____, pneumologue, et Madame R_____, neuropsychologue, retenant à titre de diagnostics influençant la capacité de travail : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble panique avec agoraphobie et des polyarthralgies chroniques d'étiologie indéterminée ; au plan somatique, de nouveaux symptômes d'ordre rhumatologique étaient apparus de manière significative dans le courant de l'année 2010 ; jusqu'alors, en particulier lorsque les Drs E_____ et M_____ s'étaient prononcés, les douleurs articulaires n'étaient qu'au second plan ; mais en 2010, la symptomatologie ostéo-articulaire s'était intensifiée, conduisant à des investigations rhumatologiques en 2012 et à la mise en évidence de signes de synovite, mis sur le compte d'une polyarthrite inflammatoire indifférenciée ; aucun diagnostic rhumatologique ne pouvait être retenu avec certitude, car on pouvait envisager aussi bien une connectivité indifférenciée qu'une spondylarthrite indifférenciée, voire un syndrome de Sjögren ; seule l'évolution, imprévisible à ce stade, permettrait de s'orienter vers l'un ou l'autre de ces diagnostics ; de façon générale, l'absence d'activité inflammatoire, de marqueurs sérologiques spécifiques et de lésions ostéo-articulaires significatives suggérait un pronostic plutôt bon ; selon les experts, la recourante ne rencontrait pas de limitations fonctionnelles somatiques importantes, cependant, depuis le début de l'année 2010 au moins, les douleurs inflammatoires étaient susceptibles d'interférer avec une activité professionnelle nécessitant l'utilisation répétée des mains, même si ces souffrances étaient de toute évidence aussi influencées par des facteurs psychosociaux ; c'était malgré tout l'atteinte à la santé psychique qui demeurait au premier plan ; la pathologie psychiatrique était apparue en 1992 et avait fluctué depuis lors ; selon l'anamnèse, il y avait eu amélioration en 2008 et début 2009, sans pour autant que la souffrance psychique ne disparaisse ; en 2008, le Dr M_____ avait ainsi conclu à une absence de symptômes dépressifs ; ensuite, il y avait eu décompensation dépressive depuis au moins 2010, liée aux douleurs apparues à cette époque et depuis, l'assurée était totalement incapable d'exercer la moindre activité.

Pour le reste, la Cour a interprété les écritures déposées par l'assurée en procédure de recours dans le sens d'une nouvelle demande de prestations, qu'elle a renvoyée à l'administration pour qu'elle instruisse la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé postérieure au 4 février 2009.

7. Dans un certificat du 10 octobre 2013, le docteur S_____ a attesté d'une cyphose dorsale et d'une dorsarthrose ; sa patiente lui avait déclaré que ses douleurs ne lui permettaient plus de travailler.

-
8. Par courrier du 15 octobre 2013, le docteur T_____ a fait état d'une exacerbation du syndrome anxio-dépressif et a préconisé un traitement antidépresseur.
 9. Dans un rapport transmis à l'OAI le 31 octobre 2013, le docteur U_____, neurologue, a mentionné la persistance de douleurs diffuses, de céphalées et a conclu à une incapacité de travail totale depuis février 2010.
 10. Le 15 janvier 2014, la doctoresse V_____, médecin interne qui suit l'assurée depuis décembre 2013, a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et préconisé la poursuite d'un traitement psychiatrique et l'augmentation du traitement antidépresseur.
 11. L'OAI a alors demandé à la PMU de Lausanne de réaliser une nouvelle expertise.

Dans leur rapport du 9 décembre 2014, les docteurs W_____ et X_____, spécialistes FMH en médecine interne et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de trouble panique avec agoraphobie et de trouble somatoforme douloureux persistant.

Au plan rhumatologique, l'assurée se plaignait depuis 2010 d'une symptomatologie douloureuse articulaire périphérique, qui avait commencé au pied droit, puis s'était étendue à la cheville gauche et aux mains. En octobre 2013, le Dr T_____ avait indiqué qu'il n'y avait plus d'inflammation articulaire et que le syndrome douloureux chronique était au premier plan. L'examen clinique ne permettait pas d'identifier une cause anatomique au syndrome douloureux et il n'y avait aucun élément clinique témoignant d'une activité de la spondylarthrite indifférenciée. La poussée du rhumatisme inflammatoire ne justifiait donc qu'une incapacité de travail transitoire, de février 2010 à octobre 2013.

Au plan psychiatrique, l'état de l'assurée était superposable à celui observé lors de l'expertise de 2012, malgré le suivi psychiatrique et le traitement psychotrope prescrit par la Dresse V_____ depuis novembre 2013. Comme en 2012, l'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, dont il a précisé qu'il était peu susceptible d'amélioration un an après qu'un traitement ait été initié. Il a également relevé l'existence d'un trouble panique, limitant fortement l'autonomie de l'intéressée. Les douleurs diffuses s'inscrivaient dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux avec des symptômes diffus chroniques évoluant depuis plusieurs années, sans substrat anatomique, ni amélioration, malgré les thérapies. L'état psychique de l'assurée était cristallisé et empreint d'un sentiment d'injustice du fait que le lien entre ses pathologies et son exposition professionnelle aux solvants n'était pas reconnu et que la rente qu'elle avait perçue pendant plus de dix ans avait été supprimée. En outre, il y avait perte d'intégration sociale.

Les experts en ont déduit que l'assurée n'avait pas les ressources nécessaires pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail après une si longue inactivité professionnelle. Ils ont maintenu leurs conclusions de 2012, selon lesquelles la santé psychique de l'assurée s'était dégradée dès 2010, avec

l'apparition de douleurs diffuses, de sorte que sa capacité de travail demeurait nulle depuis lors dans toute activité.

12. Le 19 décembre 2014, le SMR s'est distancié de l'appréciation de la PMU et a émis l'avis que seule une incapacité de travail transitoire pouvait être retenue pour des raisons somatiques de février 2010 à septembre 2013. Selon lui, le trouble somatoforme douloureux n'était pas incapacitant : le trouble dépressif moyen et le trouble panique avec agoraphobie ne constituaient pas des comorbidités psychiatriques graves. Par ailleurs, les attaques de panique disparaissaient d'elles-mêmes ou au besoin avec un anxiolytique. L'assurée restait capable de faire les courses avec des membres de sa famille et des facteurs extra-médicaux étaient prépondérants, tout comme la recherche d'un bénéfice secondaire, l'intéressée estimant qu'une rente lui était due parce qu'elle payait des impôts. Elle s'occupait par ailleurs de son petit-fils de 15 ans et il n'y avait ni perte d'intégration sociale, ni processus maladif sans rémission durable, ni échec des traitements, car le traitement antidépresseur n'avait été introduit que trois semaines plus tôt. Seul le critère de l'état psychique cristallisé était envisageable, mais il était quoi qu'il en soit insuffisant pour reconnaître une incapacité de travail.
13. Dans un nouvel avis du 1^{er} septembre 2015, le SMR a suggéré de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès de la PMU, soulignant qu'il lui paraissait hasardeux de procéder à une nouvelle analyse du cas sous l'angle de la récente jurisprudence relative au trouble somatoforme douloureux.
14. Après que la PMU ait invité l'office à s'adresser à un autre centre d'expertise, ce dernier a finalement mandaté le Bureau d'expertises médicales de Vevey (BEM).

Dans leur rapport du 7 juillet 2016, les doctresses Y_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et Z_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants, tous sans répercussion sur la capacité de travail : possible rhumatisme inflammatoire non actif ; douleurs chroniques irréductibles anamnésiques ; HTA traitée ; ecostasie aortique ascendante ; allergies multiples ; trouble statique rachidien (...) ; discrets troubles dégénératifs rachidiens compatibles avec l'âge ; majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Au plan rhumatologique, depuis février 2009, les documents médicaux, confrontés au bilan clinique et radiologique ne témoignaient d'aucune incapacité de travail durable. Comme l'avait déjà relevé le Dr AA_____, il n'y avait pas de rhumatisme actif, vu l'absence de syndrome inflammatoire biologique, de marqueurs au niveau sanguin et de lésions radiologiques. L'assurée consultait des médecins pour ses douleurs, mais ses traitements s'étaient simplifiés, en l'absence d'une affection les justifiant et en raison des effets indésirables dont elle se plaignait.

Au plan psychiatrique, les symptômes constatés correspondaient à un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, tandis que ceux décrits jadis par la PMU ne correspondaient, selon l'expert, qu'à un épisode dépressif léger. L'assurée

déplorait des attaques de panique lorsqu'elle était dans des endroits clos, qui l'avaient ponctuellement conduite à consulter les urgences, mais celles-ci ne l'empêchaient pas de prendre l'avion et le train aux heures de pointe. L'examen montrait une amélioration par rapport au status décrit dans les expertises de 2012 et 2014, avec un état superposable à celui constaté par la Dresse M_____ en octobre 2008. Une majoration des symptômes était observée, se traduisant par des signes de Waddell et de Matheson, ainsi que des discordances « majeures » entre les constatations objectives et les plaintes de l'assurée relatives à son fonctionnement quotidien.

Les ressources et les capacités d'adaptation étaient réduites, sans que cela n'empêche l'exercice d'une activité lucrative simple. L'assurée fonctionnait dans son quotidien, voyait régulièrement ses quatre filles, ses huit petits-enfants et s'occupait d'un ménage de trois personnes. Elle avait éduqué son petit-fils, qui vivait toujours chez elle. Elle prenait des anti-inflammatoires et un traitement contre l'hypertension, mais pas les antidépresseurs qui lui avaient été prescrits, de sorte qu'on ne pouvait pas parler d'échec thérapeutique. Quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, elles paraissaient vouées à l'échec, car l'assurée ne témoignait d'aucune motivation à reprendre une activité professionnelle.

Sur le plan de la cohérence, les plaintes de l'assurée n'étaient pas corroborées par l'examen clinique, comme l'avait déjà relevé le Dr AA_____ en 2014 : soignée, agile, prenant activement part à l'expertise et s'exprimant facilement, l'assurée présentait un état général parfaitement conservé, qui ne correspondait pas au lourd handicap allégué. Elle ne manifestait pas de souffrance apparente et, malgré les fortes douleurs invoquées, n'avait pas pris régulièrement ses médicaments depuis 2009. Les experts jugeaient également incohérent qu'elle ne prenne pas d'antalgiques, vu les symptômes importants dont elle se prévalait. L'assurée avait pu élever sans difficultés son petit-fils, ce qui témoignait de réelles ressources. Elle demeurait capable de prendre l'avion et de promener son chien quotidiennement. Elle disait avoir besoin d'aide pour son ménage, mais sa gestuelle et le status articulaire ne montraient pas de limitation fonctionnelle.

S'agissant du contexte social, les experts ont souligné que l'assurée entretenait des contacts réguliers avec ses filles, son époux, son petit-fils et ses autres petits-enfants, qu'elle recevait le dimanche. Enfin, ils ont indiqué qu'il n'existait pas de comorbidité active et ont écarté toute limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. En définitive, ils ont conclu à une capacité de travail totale, tant sur le plan somatique que psychiatrique, en tout cas depuis octobre 2008.

15. Le 8 septembre 2016, le SMR a relevé que l'expertise du BEM avait mis en évidence des discordances entre les plaintes et le fonctionnement quotidien - déjà évoquées dans l'expertise de 2012 - et que l'analyse de la situation à la lumière des indicateurs standards montrait qu'aucune affection suffisamment grave pour entraîner une incapacité de travail n'était survenue depuis février 2009. Le SMR se

ralliait à cette expertise et considérait que l'état de santé ne s'était pas aggravé depuis la décision de suppression de rente de 2009 : la capacité de travail était demeurée entière dans toute activité adaptée depuis l'examen pratiqué en octobre 2008 par la Dresse M_____.

16. Par décision du 31 octobre 2016, l'OAI, considérant que l'état de santé de l'assurée ne présentait pas un degré de gravité suffisant pour être qualifié d'invalidant, lui a nié le droit à une rente pour la période postérieure à janvier 2009.

Cette décision n'ayant pas été retirée à la Poste par l'assurée durant le délai de garde de sept jours, qui venait à échéance le 8 novembre 2016, elle lui a été remise en main propre le lendemain.

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.

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.

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

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 réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante et doit être écartée.

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.

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 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. L'art. 17 al. 1^{er} 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

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 1^{er} 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).

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

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

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 (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).

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

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

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

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

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 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

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.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'émolument.
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-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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