RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1178/2017 **ATAS/552/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Larissa ROBINSON-MOSER et Teresa SOARES, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née en 1963, originaire d'Espagne et au bénéfice d'un permis C. Elle a été engagée le 26 septembre 1992 par B_____. Selon un avenant du 30 juillet 2014, son taux d'activité était, dès le 18 août 2014, de 31 heures par semaine, correspondant à un 80,52%, pour un salaire mensuel de CHF 3'405.-.

b. En 2012, l'assurée a commencé à souffrir de douleurs au niveau des rachis cervical et lombaire.

c. Le 8 janvier 2016, elle a requis des prestations de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé).

d. Elle a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire effectuée par des médecins de C_____, lesquels ont rendu leur rapport le 26 février 2016.

e. Par décision du 3 mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, car elle ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.

B. **a.** Le 3 avril 2017, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision rendue par l'OAI, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière avec suite de dépens.

b. Le 21 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Le 1er mars 2018, la recourante a demandé le retrait de l'expertise de C_____ du dossier, dès lors qu'à teneur d'un arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017, il y avait lieu de nourrir des doutes quant à la probité du travail réalisé par les experts de cette clinique.

d. Par ordonnance du 13 mai 2019 (ATAS/415/2019), la chambre de céans a ordonné une expertise de la recourante, considérant qu'il fallait nier une valeur probante au rapport établi par les médecins de la C_____. L'expertise a été confiée au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et au professeur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

e. Dans son rapport établi le 18 août 2019, le Dr D_____ a diagnostiqué une dysthymie (F34.l), non incapacitante, sous réserve de l'appréciation globale du cas incluant les aspects somatiques.

f. Dans son rapport du 3 décembre 2019, le Prof. E_____ a posé les diagnostics de :

- syndrome douloureux chronique ;
- tendinopathie sévère aux épaules et coudes ;
- polyarthrose ;
- syndrome douloureux chronique cervical et lombaire ;
- diabète mellitus type 2 ;

et retenu que la recourante était incapable de travailler depuis fin 2015.

g. Dans une appréciation consensuelle du 23 avril 2020, les experts ont retenu que l'état de santé de l'expertisée et ses répercussions fonctionnelles entraînaient une incapacité de travail totale dans toute activité depuis décembre 2015.

h. Par arrêt du 30 septembre 2020 (ATAS/821/2020), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision du 3 mars 2017 et dit que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2016.

C. **a.** L'OAI a formé contre cet arrêt un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, concluant à son annulation et à la confirmation de sa décision du 3 mars 2017.

b. Par arrêt du 6 septembre 2021 (9C_701/2020), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours, annulé l'arrêt du 30 septembre 2020 et renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire.

c. Le 11 octobre 2021, la chambre de céans a demandé un complément d'expertise aux experts judiciaires.

d. Par rapports du 28 octobre 2021, le Dr D_____ et le Prof. E_____ ont établi des compléments d'expertise et conclu de manière consensuelle que la capacité de travail globale était nulle dans toute activité.

e. Le 9 décembre 2021, l'intimé a estimé, sur la base d'un avis SMR du 9 décembre 2021, que les rapports complémentaires des experts étaient toujours insuffisants pour établir de manière objective que l'assurée présentait un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de la capacité de travail sur le marché du travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. L'analyse des indicateurs topiques permettait d'exclure le caractère invalidant sur le plan médico-théorique des atteintes retenues. En conséquence, l'intimé maintenait ses précédentes conclusions.

f. Le 13 décembre 2021, la recourante a estimé que les compléments d'expertise du 28 octobre 2021 répondaient de façon pleinement satisfaisante aux exigences de l'arrêt du Tribunal fédéral du 6 septembre 2021.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont déjà été admises dans l'arrêt du 30 septembre 2020.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière dès le 1er décembre 2016.

3.

3.1 Le Tribunal fédéral a estimé ne pas pouvoir suivre le raisonnement de la chambre des assurances sociales, selon lequel l'avis consensuel du 23 avril 2020 constituait un examen global de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée. En effet, en l'absence de diagnostic psychiatrique invalidant et compte

tenu du fait que l'assurée disposait, selon le volet psychiatrique de l'expertise, de ressources mobilisables suffisantes pour contrebalancer les effets limitatifs de la dysthymie de gravité légère à moyenne, l'appréciation du rhumatologue, qui semblait attester une incapacité de travail totale principalement sur la base des troubles psychosomatiques (syndrome douloureux chronique; « syndrome anxio-dépressif sévère ») apparaissait contradictoire. Le Prof. E_____ avait indiqué que l'incapacité totale de travail s'expliquait « surtout par une réduction des ressources dans la globalité de la patiente » présentant un syndrome anxio-dépressif sévère, tandis que l'expert psychiatre n'avait pas retenu un tel diagnostic, ni une autre atteinte de degré sévère.

3.2

3.2.1 La recourante a estimé qu'il ressortait du complément d'expertise que la contradiction relevée par le Tribunal fédéral n'était qu'apparente.

3.2.2 Quant au SMR, il est resté dubitatif, suite au complément d'expertise, sur les conclusions des experts en l'absence d'un diagnostic psychiatrique invalidant, avec des ressources mobilisables et des atteintes arthrosiques dont la sévérité n'avait pu être relevée.

3.3 La chambre de céans considère qu'il résulte du complément d'expertise et du courrier d'accompagnement du Prof. E_____ que les experts n'ont pas été contradictoires dans leur première appréciation consensuelle. En effet, le Prof. E_____ a expliqué de manière convaincante dans ses écritures complémentaires que le syndrome douloureux chronique qui limitait principalement la recourante n'était pas synonyme d'un trouble psychosomatique, mais qu'il était utilisé pour décrire la somme des réactions physiques (douleurs, fatigue, trouble de la concentration et du sommeil, système nerveux autonome) qui coexistaient et étaient souvent en lien avec une dépression. Dans le cas d'espèce, il existait plusieurs facteurs physiques, comme il l'avait mentionné aux ch. 6 et 7 de son premier rapport, où il indiquait que l'expertisée était en première ligne limitée par « un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie ». Il a également précisé que la fibromyalgie n'était pas une maladie psychique, mais une maladie somatique au niveau du centre du système nerveux central (moelle épinière et cerveau).

Le Prof. E_____ a indiqué dans son premier rapport (ch. 7) que compte tenu des diagnostics posés, l'assurée n'était pas du tout capable de travailler, au vu de l'ensemble du tableau (syndrome douloureux chronique avec des ressources très faibles, syndrome d'apnée du sommeil, polyarthrose, tendinopathie calcifiante importante, diabète, syndrome d'apnées du sommeil sévère et syndrome anxio-dépressif sévère malgré un traitement par Cymbalta et Xanax).

L'expert rhumatologue a ainsi fixé la capacité de travail de la recourante principalement sur les diagnostics rhumatologiques. S'il a également pris en compte un trouble anxio-dépressif, cela n'apparaît pas contradictoire avec les

conclusions de l'expert psychiatre, puisqu'au moment où le Prof. E_____ a rédigé son rapport d'expertise, il ne s'était pas encore concerté avec le Dr D_____, cet échange n'ayant eu lieu que le 22 avril 2020, à teneur de leur appréciation consensuelle du lendemain. Or, cette dernière ne mentionne pas le diagnostic de syndrome anxio-dépressif sévère, de sorte que l'on peut en conclure que l'expert rhumatologue a pris en compte les conclusions de l'expert psychiatre, s'agissant du diagnostic psychiatrique qui relevait de la compétence de celui-ci. Le fait que le Prof. E_____ ait mentionné le diagnostic de trouble anxio-dépressif avant l'appréciation consensuelle n'est pas critiquable en soi, puisque celui-ci ressortait du rapport détaillé établi par la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 5 février 2018 et que l'expert a indiqué que le syndrome douloureux chronique coexistait souvent avec un état dépressif et qu'il y avait un lien entre ces deux atteintes.

Il faut également rappeler que le diagnostic de fibromyalgie est de la compétence d'un rhumatologue et que selon la jurisprudence, l'évaluation de la gravité doit être effectuée par un psychiatre lorsque ce diagnostic est posé. Il en résulte que l'absence d'un diagnostic grave sur le plan psychiatrique n'est pas déterminant pour déterminer de la gravité de l'atteinte rhumatologique.

4. Le SMR a émis plusieurs critiques sur les conclusions du Prof. E_____.

4.1

4.1.1 Il a fait valoir qu'il ne suffisait pas de tenir compte des plaintes subjectives de l'assurée et de la description des manifestations habituelles d'une pathologie, mais qu'il fallait se fonder sur des faits objectifs, tels qu'un examen clinique complet et sur les répercussions de la pathologie sur le quotidien de la personne assurée de manière objective. Dans son avis de mai 2020, le SMR avait estimé que l'examen clinique du Prof. E_____ était incomplet, pas suffisamment descriptif et qu'il ne mettait pas en évidence des limitations fonctionnelles sévères. Cela étant, l'expert n'avait pas effectué de nouvel examen clinique lors de son complément d'expertise.

4.1.2 Ces critiques du SMR doivent être relativisées, dans la mesure où celui-ci n'a pas contesté, dans son dernier avis, les diagnostics somatiques retenus par l'expert, sous réserve du diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas constaté que le Prof. E_____ aurait procédé à un examen clinique insuffisant.

Cela étant, il ressort de son rapport du 3 décembre 2019 que l'expert a procédé à un examen clinique complet de la recourante et qu'il a fondé ses diagnostics non seulement sur la base de cet examen, mais également sur la base de plusieurs échographies, de l'anamnèse et du dossier. Il a précisé qu'actuellement, la symptomatologie et l'examen clinique montraient des douleurs généralisées de type fibromyalgie et qu'il avait constaté que l'assurée était épuisée. L'examen clinique auquel l'expert a procédé apparaît ainsi suffisant et il n'avait pas à

procéder à un nouvel examen clinique dans le cadre de son rapport complémentaire.

Dans ce dernier, l'expert a précisé les limitations fonctionnelles de la recourante en lien avec les différentes parties du corps et les diagnostics posés, répondant ainsi à la demande du Tribunal fédéral, qui avait relevé dans son arrêt que l'expert n'avait pas suffisamment expliqué en quoi les diagnostics posés avaient des répercussions sur la capacité de travail, ni en quoi celles-ci consistaient. Le Prof. E_____ a ainsi indiqué :

- pour les mains : arthrose digitale avec une réduction des articulations IPD et IPP et une réduction de la mobilité et de la force ;
- pour le coude : altération de la fonction en raison d'une douleur persistante après neuropathie du nerf cubital post-neurolyse en 2018 et 2019 ainsi qu'une dénervation et une neurolyse du nerf radial 2012 ;
- au niveau des épaules : tendinopathie calcifiante importante droite plus grande que la gauche, ce qui signifiait une réduction de la mobilité, notamment dans l'abduction et la rotation interne et externe.
- pour le rachis : difficultés du rachis cervical, discarthrose avec réduction notamment de la flexion latérale de 2/3. Rachis dorsal et lombaire, enthésopathie dégénérative de nature microcristalline ;
- diminution de la mobilité, douleurs dans toutes les articulations, au rachis avec arthrose facettaire qui touchait surtout la rotation et la torsion du rachis ;
- généralement (surtout membres supérieurs et inférieurs ainsi que du tronc) perturbée par une contraction secondaire et une fatigue multifactorielle (y compris des troubles hépatiques et liée aux médicaments) ;
- concentration réduite par les troubles du sommeil importants et l'hépatopathie, potentiellement le diabète et certainement par la morphine et les médicaments psychotropes.

Au vu de leur cumul, les limitations fonctionnelles apparaissent sévères, contrairement à ce que soutient le SMR, mais comme l'a retenu le Prof. E_____ dans son premier rapport.

4.2

4.2.1 Le SMR reproche à l'expert rhumatologue ne n'avoir pas décrit sur quels critères il se fondait pour retenir le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. On ne savait pas s'il s'agissait d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux. L'expert psychiatre n'analysait pas d'un point de vue psychiatrique la composante douloureuse de l'assurée, alors qu'en présence de douleurs, il devait apprécier si l'assurée présentait ou non un trouble somatoforme douloureux, selon les critères de la CIM-10.

4.2.2 La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic de fibromyalgie, qui est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, doit s'appuyer lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_430/2009 du 27 novembre 2009 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.1.3 et 3.2.2.3).

La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, M79.0). Elle est caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Les critères diagnostiques, établis pour la première fois par l'American Rheumatism Association, sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche, à la fois au-dessus et en dessous de la taille, durant au moins trois mois, ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins 11 points douloureux ("tender points") sur 18. Si les symptômes fibromyalgiques se manifestent de la même manière sous les deux formes, celle secondaire - qui est trois fois plus répandue dans la population - se distingue de celle primaire par le fait qu'elle se trouve associée à d'autres maladies (par exemple des maladies dégénératives rhumatismales). Aucune étiologie n'a pu être clairement établie pour la forme primaire de la fibromyalgie, dont le diagnostic est posé par exclusion (tender points douloureux en l'absence de tout autre maladie, en particulier inflammatoire) (ATF 132 V 65).

Il ressort d'un article de la revue médicale suisse (Liliana BELGRAND et Alexander SO, critères de diagnostics de la fibromyalgie, Revue médicale suisse, 2011,www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-286/criteres-de-diagnostics-de-la-fibromyalgie) que plusieurs méthodes diagnostiques de la fibromyalgie sont actuellement admises et qu'il n'existe pas un gold standard pour le diagnostic de la fibromyalgie. L'alternative proposée récemment par les travaux de Wolfe et coll. et son application par Mease et coll. sur un large collectif de patients participant au National data bank for rheumatism desease apportent quelques améliorations dans le diagnostic, méthode qui a l'avantage de faciliter le suivi des fibromyalgiques en utilisant les échelles de sévérité des symptômes. Ces critères diagnostiques ne sont pas imposés dans l'utilisation actuelle, mais sont une alternative intéressante. L'examen clinique n'est pas nécessaire, mais cela ne facilite pas le travail du médecin, car le diagnostic de fibromyalgie demande une évaluation complète de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial de chaque malade.

4.2.3 En l'occurrence, l'expert a retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique au ch. 3.1 de son premier rapport d'expertise, sans motivation particulière. Il ressort toutefois du status (ch. 4), qu'il avait constaté des arthromyalgies diffuses à la palpation avec 16/18 tender points positifs, puis il a indiqué qu'au jour de l'expertise, la symptomatologie et l'examen clinique montraient des douleurs généralisées de type fibromyalgie (ch. 5). Il a précisé (ch. 6) que le syndrome douloureux chronique était en première ligne et qu'il s'agissait d'arthromyalgies diffuses en lien avec une fibromyalgie. Dans son complément d'expertise, il a mentionné les références du diagnostic de fibromyalgie, selon la CIM-10 (ICD-10-M79.7). Si l'on prend en compte l'ensemble de ses rapports, l'expert a ainsi suffisamment motivé son diagnostic, qui relève de sa spécialité, puisqu'il s'agit douleurs généralisées de type fibromyalgie, et pas d'un trouble somatoforme, dont le diagnostic relève d'un psychiatre.

4.3

4.3.1 Le SMR a relevé dans son rapport du 3 décembre 2019, que l'expert E_____ avait indiqué, sous status, en lien avec les épaules : « mobilité active et passive normale avec signe d'impingement modéré » et que dans son complément d'expertise, il avait mentionné, sous limitations fonctionnelles, une tendinopathie calcifiante importante droite plus grande que la gauche, ce qui signifiait une réduction de la mobilité des épaules, notamment dans l'abduction et la rotation interne et externe.

4.3.2 Il n'apparaît pas ici que l'expert n'ait pas correctement apprécié la situation de la recourante ou qu'il ait été contradictoire, comme semble le penser le SMR. En effet, les limitations fonctionnelles sont déterminées sur la base du status à un moment précis, mais également sur la base de l'anamnèse et du dossier. En l'occurrence, dans son premier rapport, l'expert a indiqué que la symptomatologie de l'assurée avait commencé aux épaules avec une tendinopathie calcifiante, qui était démontrée par plusieurs échographies avec des bursites sous-acromiales. Il faut relever à cet égard que la dernière échographie des épaules datait du 29 octobre 2019, soit peu de temps avant le rapport d'expertise, qui date du 3 décembre 2019, et que dans ses plaintes, l'assurée n'avait pas évoqué les épaules, ce qui explique peut-être que l'expert n'ait pas constaté de difficulté à la mobilité des épaules lors de son examen clinique. L'expert avait déjà mentionné dans son premier rapport, au sujet des limitations fonctionnelles, une réduction des ressources physiques en raison notamment de la tendinopathie calcifiante importante, notamment à l'épaule droite avec une calcification dans le tendon sous-scapulaire. Au vu des considérations qui précèdent, les conclusions de l'expert sur les limitations aux épaules de l'assurée s'expliquent par des éléments objectifs du dossier et le fait que ces limitations ne ressortent pas du status clinique ne les remet pas sérieusement en cause.

4.4

4.4.1 Le SMR a encore relevé que l'expert E_____ avait indiqué dans son complément de rapport du 28 octobre 2021 : « fonction musculaire : généralement (surtout membres supérieurs et inférieurs ainsi que du tronc) perturbée par une contraction secondaire, une fatigue multifactorielle (y compris troubles hépatiques et celles liées aux médicaments) ». Selon le SMR, il s'agissait-là d'une description que l'on pouvait attribuer au diagnostic que l'expert retenait, mais pas à des faits objectifs liés à l'assurée ou observables à l'examen clinique, étant relevé que sous status, l'expert avait décrit qu'il n'y avait pas d'atrophie musculaire et qu'il n'avait fait aucune description de la démarche de l'assurée, qui par ailleurs assumait toutes ses activités ménagères, se déplaçait seule et promenait son chien plusieurs fois par jour, ce qui contredisait une fonction musculaire perturbée de manière incapacitante.

4.4.2 La chambre de céans relève que le SMR a omis de mentionner que l'expert avait précisé que si l'assurée sortait son chien deux fois par jour, elle ne faisait pas de grands tours, et que si elle préparait les repas, elle avait de grandes difficultés pour faire le repassage ou le nettoyage des vitres (ch. 2), de sorte qu'elle était plus atteinte que ce qui ressort de l'extrait de l'expertise cité par le SMR.

Par ailleurs, les contractions musculaires (crampes) ne sont pas constantes et peuvent avoir une intensité variable, de sorte que le fait que l'assurée puisse encore se déplacer n'apparaît pas contradictoire avec cette atteinte. Il faut rappeler que c'est l'ensemble des atteintes qui limite de manière importante l'assurée et pas chaque atteinte prise isolément. Par ailleurs, si l'expert a notamment fondé ses conclusions sur le fait que la fonction musculaire était perturbée par une contraction secondaire, il a précisé que c'était la fatigue multifactorielle qui affectait tous les systèmes du corps et constituait la limitation principale de la recourante. En conclusion, le fait que l'expert n'ait pas mentionné dans son premier rapport, sous status, avoir constaté une contraction musculaire - qui ne correspond pas une atrophie musculaire - ne remet pas en cause ses conclusions, qui sont convaincantes.

4.5

4.5.1 Le SMR a relevé que l'expert E_____ avait retenu que la concentration de l'assurée était réduite par des troubles du sommeil importants, l'hépatopathie, potentiellement le diabète, et les médicaments psychotropes. Il s'agissait là, selon le SMR, de plaintes subjectives rapportées par l'assurée et d'interprétations diagnostiques. L'expert psychiatre n'avait pas constaté lors de ses entretiens cliniques des troubles de la concentration et l'assurée n'était pas limitée dans ses activités quotidiennes. Elle pouvait conduire une voiture et organiser son ménage, etc. Par ailleurs, une hépatopathie ne provoquait pas des troubles de la concentration ou des troubles cognitifs, sauf en présence d'une encéphalopathie comme retrouvée dans les cirrhoses avancées et décompensées, ce qui n'était pas le cas de l'assurée, ses paramètres sanguins hépatiques étant décrits comme normaux.

4.5.2 À teneur du rapport d'expertise du Prof. E_____, l'assurée s'était plainte de fatigue, de troubles du sommeil importants et de troubles de la concentration et de la mémoire. Sous la rubrique « Évolution depuis le début de l'atteinte », qui suit la rubrique sur le status, l'expert a indiqué que l'examen montrait une patiente fatiguée et épuisée. Il a ainsi fondé ses conclusions sur la concentration non seulement sur les déclarations de l'assurée, mais également sur le fait qu'il avait lui-même constaté que celle-ci était épuisée, ce qui est de nature à avoir un effet sur la concentration. Par ailleurs, la fatigue était encore objectivée par les pièces du dossier, dont il ressort que l'assurée avait des troubles du sommeil, à teneur d'un rapport du 28 octobre 2019, qui faisait état d'une polysomnographie avec SAS (syndrome d'apnée du sommeil) sévère. L'expert pouvait également tirer des conclusions de sa connaissance générale des effets du traitement médicamenteux pris par l'assurée, qui pouvaient avoir un impact sur la concentration.

Enfin, le fait que l'expert psychiatre n'ait pas observé de problèmes de concentration pendant son examen, qui a duré 3 heures 45, en deux fois, ne remet pas en cause les conclusions de l'expert rhumatologue sur ce point, dès lors qu'il ressort du rapport d'expertise psychiatrique que l'expertisée avait eu le souci d'être aussi complète et précise que possible et qu'elle a pu, pendant le temps limité de ses entretiens avec l'expert, faire un effort particulier pour rester concentrée, ce qui ne signifie pas qu'elle n'avait pas dans sa vie quotidienne des difficultés sur ce plan. Or, de tels difficultés ressortent de ses déclarations au Dr D_____, auquel elle a indiqué avoir de la peine à lire, car elle ne se souvenait plus de ce qu'elle avait lu après une ou deux pages (p. 7). L'on ne peut d'emblée nier toute valeur probante aux dires de la recourante, étant de plus relevé que l'appréciation des experts se fonde notamment sur l'anamnèse et que l'assurée n'a pas paru exagérer ses symptômes selon ces derniers.

4.6 En conclusion, la chambre de céans estime que les rapports de l'expert E_____ sont dans leur ensemble convaincants et qu'ils doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5. S'agissant de l'expertise psychiatrique du Dr D_____, sa valeur probante n'est pas contestée en elle-même par les parties. Si le Tribunal fédéral a estimé que les premières conclusions consensuelles n'étaient pas convaincantes, cela ne remet pas en cause cette valeur probante, au vu des explications apportées par le Prof. E_____.

6. La chambre de céans doit encore procéder à l'examen des conclusions consensuelles des experts sur la capacité de travail de la recourante en fonction de la grille d'évaluation déterminante.

6.1

6.1.1 Le SMR a indiqué n'être pas d'accord avec l'expert rhumatologue, qui retenait que les limitations de la vie quotidienne étaient compréhensibles d'un point de vue somatique, car l'assurée était totalement indépendante dans les

activités quotidiennes. Il n'y avait pas de cohérence à reconnaître une incapacité de travail totale chez une assurée qui ne présentait pas d'empêchements dans ses activités quotidiennes. Elle pouvait utiliser ses mains et ses épaules pour le ménage, les courses, les repas et se déplacer. Par ailleurs, il était reconnu que le poids des souffrances était surévalué en cas de dysthymie comme l'expliquait le psychiatre. Ainsi, les indicateurs standards de gravité n'étaient pas totalement remplis et le SMR ne pouvait conclure à une incapacité de travail totale dans toute activité.

6.1.2 La recourante ne conteste pas l'appréciation consensuelle des experts sur sa capacité de travail.

6.2 La capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique, telle que la fibromyalgie, doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence (ATF 141 V 281).

Dans la catégorie « degré de gravité fonctionnel », le Tribunal fédéral distingue, dans l'arrêt précité, entre le complexe « atteinte à la santé » avec trois sous-catégories, le complexe « personnalité » et le complexe « environnement social ».

En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi

que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle « les fonctions complexes du moi ». Selon le Tribunal fédéral, « Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss) » (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

6.3

En l'espèce, il ressort de l'analyse des experts que si l'atteinte psychiatrique était à elle seule d'intensité légère, cette atteinte renforçait les limitations fonctionnelles d'ordre somatique, qui se renforçaient également entre elles. Comme déjà relevé, l'ensemble des limitations fonctionnelles constitue une atteinte d'une gravité certaine. L'assurée se plaint de douleurs multiples et chroniques qui entraînent une répercussion sur son psychisme. Le critère de la gravité est ainsi rempli.

6.3.1 Il ne ressort pas des expertises des critères d'exclusion, tels qu'une exagération des symptômes ou des discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé. Malgré la compliance de la recourante et des traitements appropriés tant sur les plans psychiatrique et rhumatologique, ceux-ci n'ont pas apporté de rémission aux multiples douleurs et à la fatigue dont elle souffre, ni à sa dysthymie.

Le SMR a fait valoir que l'expert somatique avait décrit l'absence de succès des traitements effectués, mais qu'une prise en charge multimodale pourrait améliorer l'état général.

Si l'expert a indiqué que les programmes de traitement multimodal présentaient certains des meilleurs résultats de la littérature pour la fibromyalgie, il a précisé que, selon l'expérience, un tel traitement multimodal était plus difficile dans les cas comme celui de l'assurée, car il ne s'agissait pas seulement d'un cas de fibromyalgie, mais aussi de dégénérescence multiple comme facteurs de douleurs.

La remarque du SMR ne permet ainsi pas de retenir un critère d'exclusion, au motif que l'assurée n'aurait pas suivi tous les traitements possibles et il convient au contraire de retenir un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale.

6.3.2 S'agissant des ressources de la recourante, ses atteintes somatiques ainsi que sa dysthymie constituent des comorbidités.

Les éléments de personnalité, tels que le perfectionnisme, la dépendance affective et fragilité structurelle de l'estime de soi relevés par l'expert psychiatre contribuent à la diminution des capacités adaptatives de la recourante.

Il ressort du constat des experts que l'expertisée s'est distanciée d'une partie de son réseau social (père et certaines amies) et qu'elle ne garde le contact qu'avec un nombre de personnes limité, soit essentiellement son fils, sa sœur et deux amies et qu'elle va environ trois fois par an en Espagne rendre visite à sa famille.

Ses ressources apparaissent ainsi globalement limitées.

6.3.3 S'agissant de la cohérence, l'expertisée a paru souffrir authentiquement aux expert et ses limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans tous les domaines. En effet, à cause de ses problèmes de santé, elle a notamment

réduit ses activités, telles que ses sorties en voiture ou la fréquentation d'un spa (p. 7 de l'expertise psychiatrique).

Selon le SMR, l'assurée ne présentait aucune limitation. Elle gérait son ménage, ses courses, ses lessives, sa toilette, se déplaçait de manière indépendante sans moyens auxiliaires et pouvait conduire seule sa voiture.

Il ressort au contraire des conclusions de l'expertise rhumatologique, jugée probante, que la recourante est limitée dans toute activité, par ses douleurs et la grande fatigue qu'elle ressent. Si elle sort son chien deux fois par jour, elle ne fait pas de grands tours et si elle prépare ses repas, elle a de grandes difficultés dans la réalisation de tâches comme le repassage ou le nettoyage des vitres. Le fait qu'elle puisse continuer à s'occuper globalement de son ménage ne permet pas de dire qu'elle ne présente aucune limitation, puisqu'elle peut le faire à son rythme et en faisant des pauses. Elle a en outre indiqué à l'expert psychiatre (p. 7) qu'une de ses amies l'aidait à porter et ranger ses commissions et qu'elle conduisait peu, notamment en raison des douleurs qui la gênaient.

Le critère de la cohérence est ainsi rempli.

6.4 En conclusion, la chambre de céans estime que l'analyse des indicateurs de gravité confirme les conclusions consensuelles des experts et qu'il faut donc retenir que la capacité de travail de la recourante est nulle depuis décembre 2015.

7. La chambre de céans reprendra en conséquence les conclusions sur le taux d'invalidité et le droit à une rente de la recourante retenues dans son arrêt du 30 septembre 2020, qui n'ont pas été remises en cause par l'intimé dans son recours au Tribunal fédéral.

La recourante a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2016.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 3 mars 2017 sera annulée.

9. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé rendue le 3 mars 2017.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2016.
5. Alloue à la recourante une indemnité pour ses dépens de CHF 4'000.- à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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