

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2167/2012

ATAS/1420/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 novembre 2012

2ème Chambre

En la cause

Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, représentée par le CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRES          recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève          intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame F \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, d'origine portugaise, a suivi l'école obligatoire dans son pays et vit en Suisse depuis 1992. Elle est mariée et a deux enfants, nés en 1995 et 2001. Elle a travaillé en qualité de serveuse à 100% auprès de la Brasserie X \_\_\_\_\_ depuis octobre 1994.
2. Son activité incluait la prise de commandes, le service, la préparation des tables, le nettoyage, les vitres et le port des boissons depuis la cave.
3. Selon l'extrait de son compte individuel AVS (CI), elle a réalisé un revenu annuel brut de 50'700 fr. en 2004, 48'360 fr. en 2005, 51'500 fr. en 2006, 51'463 fr. en 2007 et 44'531 fr. en 2008.
4. L'assurée a subi un accident le 4 novembre 2008. Elle a chuté d'un tabouret, ce qui a impliqué une entorse de la cheville gauche et une contusion de l'épaule droite. Elle a été incapable de travailler à 100% du 4 novembre au 2 décembre 2008, puis à 50%. Elle perçoit depuis lors un salaire de 2'050 fr. /mois (équivalent à 4'100 fr. /mois x 13 pour une activité à 100%), ainsi que des indemnités journalières partielles de la SWICA, l'assurance-accident.
5. L'activité a alors été aménagée à 50% de 8h à 12h et a été limitée au service au bar et au petit déjeuner (charges légères). Le salaire annuel réalisé a été de 27'241 fr. en 2009, selon son CI.
6. Elle a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 novembre 2009.
7. En raison de la prévision d'une opération en janvier 2010, aucune mesure de réadaptation dans le cadre de l'intervention précoce n'a été retenue.
8. Les rapports médicaux suivants ont été réunis:
  - a) la Dresse L \_\_\_\_\_, généraliste, mentionne en décembre 2008 une entorse à la cheville gauche et une contusion à l'épaule droite.
  - b) le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a été consulté dès le 11 mai 2009. Diverses infiltrations n'ont pas amélioré la situation. Il retient le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire grade 1 et d'instabilité douloureuse de l'épaule, une arthro-IRM montre une possible lésion du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur. Le bilan complémentaire pratiqué exclut une lésion neurologique et une arthroscopie sous narcose est suggérée. Compte tenu de la persistance de la symptomatologie douloureuse, l'activité habituelle n'est pas exigible à 100%. Seule une activité de type gardien de musée, réceptionniste, pour autant qu'elle ne

nécessite pas un usage répétitif du membre supérieur droit serait exigible à plein temps (rapports des 9 juin, 28 juillet, 2 septembre, 6 novembre et 2 décembre 2009).

c) le Dr N\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, médecin-expert mis en œuvre par la SWICA, dans ses rapports des 27 mars et 1<sup>er</sup> octobre 2009, retient les diagnostics, onze mois après l'accident, d'entorse de la cheville et de la sous-astragalienne gauches, d'entorse acromio-claviculaire droite et de lésion du bourrelet glénoïdien antérieur de l'épaule droite, qui peut être d'origine traumatique. L'assurée ne peut pas porter une caisse, essorer un chiffon, soulever un objet au-dessus de l'horizontale ou passer l'aspirateur et elle éprouve les mêmes difficultés dans ses tâches ménagères qu'au travail.

d) le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à un examen du dossier de l'assurée pour le compte de la SWICA, le 20 janvier 2010. Il relève que les lésions vues sur l'arthroscopie effectuée par le Dr M\_\_\_\_\_ le 13 janvier 2010 sont une déchirure intra-tendineuse du sus-épineux avec une fragilisation importante du sus-épineux sur son insertion ayant nécessité une suture en zone saine. Les lésions sont en lien de causalité avec l'accident, mais la durée de la symptomatologie douloureuse est étonnante. La suture de la lésion du sus-épineux peut justifier une incapacité de travail de deux mois, de sorte que l'assurée devrait pouvoir reprendre le travail à 50% fin février, puis à 100% mi-mars 2010.

9. Depuis l'arthroscopie du 12 janvier 2010, impliquant une résection et suture de la coiffe droite avec acromioplastie de décompression, l'assurée est totalement incapable de travailler.
10. Le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution suite à une suture de coiffe est relativement lente, aucune reprise du travail n'étant envisageable en mars 2010 et vraisemblablement pas avant un délai de six mois depuis lors (rapports des 23 mars et 19 avril 2010). Il précise à l'attention de la SWICA, en mars 2011, que l'assurée continue à présenter des douleurs, le diagnostic retenu étant une épaule gelée post-(...) coiffe, l'incapacité de travail restant totale.
11. L'assurée a été soumise à l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour le compte de la SWICA. Il retient, dans son rapport du 22 décembre 2010 une entorse de la cheville gauche, une entorse Chopart gauche, une entorse acromio-claviculaire droite grade 1, une contusion de l'épaule droite et costale gauche, une capsulite rétractile épaule droite post-opératoire ainsi qu'un syndrome douloureux de l'épaule droite avec conflit sous-acromial, une lésion partielle du dessus épineux et un status post-suture du sus-épineux et acromioplastie arthroscopique. L'assurée se plaint d'une limitation de la mobilité de son membre supérieur droit, avec difficulté de passer au-dessus de l'horizon, ce qui la gêne dans toutes les activités de la vie quotidienne, de l'habillage au ménage. Elle

se plaint également de douleurs importantes, ne perturbant pas le sommeil mais nécessitant la prise d'antalgiques anti-inflammatoires et de myorelaxants conséquente. Sur le plan clinique, il relève une discrète amélioration de la mobilité par rapport au dernier examen du Dr M\_\_\_\_\_. L'état n'est pas stabilisé, la rééducation doit se poursuivre. Du fait de la capsulite rétractile, il est trop tôt pour parler de recyclage et il faut attendre un gain de mobilité. Les plaintes subjectives au niveau du membre supérieur droit sont tout à fait objectivées cliniquement, l'assurée étant incapable de porter la main au-dessus de l'horizontale, et la force du membre supérieur droit est extrêmement limitée. L'incapacité de travail de 100% est tout à fait justifiée, l'assurée ne peut pas soulever des charges même légères et doit s'abstenir de mouvements répétitifs de son membre supérieur droit. Aucune activité n'est raisonnablement exigible dans la mesure où l'accent doit être posé sur une rééducation intensive.

12. Le Dr M\_\_\_\_\_ a répondu à la demande de l'OAI le 23 décembre 2011. Les limitations fonctionnelles restent les mêmes, la capacité de travail est nulle dans l'activité de serveuse et une rééducation professionnelle pourrait dès maintenant être entreprise en tentant de trouver une activité ménageant l'usage répétitif et l'usage en force du membre supérieur droit dominant et le projet thérapeutique serait éventuellement de proposer une mobilisation sous narcose avec une arthroscopie diagnostique, proposition que la patiente refuse actuellement.
13. Par avis du 19 janvier 2012, le SMR estime, sur la base du courrier du Dr M\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2011, que la capacité de travail est totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée de sorte qu'il faut retenir une pleine capacité de travail dès le 23 décembre 2011.
14. Par projet du 6 février 2012, l'OAI octroie à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 31 mars 2012, au motif que, sur la base de l'examen des pièces médicales par le SMR, la stabilisation de l'état de santé est acquise au plus tard le 23 décembre 2011 et, depuis cette date, une activité adaptée est exigible à plein temps. Depuis lors, le taux d'invalidité n'est que de 11,4% sur la base de la comparaison des salaires (revenu avec invalidité selon ESS 2008, TA1, femme, total, niveau 4, pour 41.6 heures, réévalué à 2009, avec un abattement de 10%, en raison de l'activité légère seule possible, soit 47'211 fr.; le revenu sans invalidité s'élève à 53'300 fr.).
15. L'assurée s'est opposée au projet de décision le 23 mars 2012. En substance, elle fait valoir que le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une rééducation professionnelle devrait être entreprise, et non pas une activité immédiate, de sorte que l'évaluation du revenu d'invalidité est prématuré, la rente entière d'invalidité devant continuer à être versée et des mesures de réadaptation professionnelle entreprises, afin de déterminer le taux d'invalidité.

16. Par décision du 13 juin 2012, l'OAI a confirmé son projet. Il n'est pas précisé que la décision serait exécutoire nonobstant recours ou que l'effet suspensif à un éventuel recours serait retiré.
17. L'assurée a formé recours le 13 juillet 2012, représentée par un mandataire et a fait valoir, à nouveau, que le courrier du Dr M\_\_\_\_\_ ne permettait pas d'établir clairement les limitations fonctionnelles de l'assurée, ni l'activité adaptée, ni le pourcentage de la capacité de travail dans l'activité adaptée, de sorte qu'avant d'entreprendre une quelconque comparaison des revenus, l'OAI se devait de mettre sur pied des mesures de réadaptation professionnelles afin d'évaluer les capacités fonctionnelles de l'assurée. Elle conclut donc au maintien de la rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2012 et à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelles.
18. Par pli du 30 août 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, sur la base de l'avis du SMR du 14 août 2012, selon lequel le Dr M\_\_\_\_\_ sous-entendait qu'une capacité de travail entière était exigible dans une activité adaptée et si une mesure de réadaptation n'a pas été mise en œuvre, ce n'était pas pour des raisons médicales, mais en raison d'un taux d'invalidité insuffisant.
19. La Cour a sollicité de SWICA copie des pièces de son dossier postérieures au 7 février 2012 et a interrogé le Dr M\_\_\_\_\_.
20. Il ressort du dossier de la SWICA que, après avoir envisagé de réaliser une mobilisation sous narcose en juin 2011, le Dr M\_\_\_\_\_ avait confirmé en janvier 2012 que l'opération envisagée n'était pas raisonnablement exigible de l'assurée, qui la refusait. Le Dr P\_\_\_\_\_ a été sollicité pour donner un avis sur dossier. Dans son rapport du 23 juillet 2012, il estime aussi que l'opération envisagée (mobilisation sous narcose et débridement articulaire de l'épaule droite) n'est pas exigible, car on ne peut donner à la patiente l'assurance suffisante d'un résultat positif conséquent. Les risques inhérents à l'intervention sont d'abord l'absence de résultat, puis le risque d'aggravation de la raideur résiduelle par réaction inflammatoire, ainsi que les risques liés à toute anesthésie générale. Le fait que depuis plus d'un an, la limitation de la mobilité soit fixe, avec une élévation abduction ne dépassant pas les 90°-100°, une rotation externe à 10° et une force diminuée, l'évolution a été plutôt défavorable lors de la physiothérapie, avec aggravation des douleurs, raison de l'interruption de ce traitement, l'infiltration locale n'a pas amélioré la situation, ne rend pas exigible la mobilisation sous narcose. Il précise que dans les cas de raideurs d'épaules, une fois la stabilisation atteinte, en général à 12-18 mois, il est extrêmement rare de voir une progression de cet enraidissement quelle que soit la méthode thérapeutique utilisée. S'agissant du pronostic, dans des conditions favorables pour réaliser une telle intervention, on peut s'attendre à un gain de mobilité et, éventuellement, à une reprise de l'activité professionnelle. Toutefois, après pratiquement deux ans d'enraidissement de

l'épaule droite, l'inquiétude quant au résultat de la part de l'assurée d'une telle intervention est légitime et le pronostic de l'expert quant au résultat, en cas d'intervention, est mauvais.

21. Le Dr M\_\_\_\_\_ a précisé, le 11 septembre 2012, qu'il est exact que seule l'atteinte au membre supérieur droit est invalidante et qu'il s'agit bien du membre dominant. Le diagnostic est celui d'une rupture de la coiffe des rotateurs droite, avec épaule gelée séquellaire, l'état de santé n'ayant pas connu d'évolution depuis décembre 2011. Il confirme que l'intervention chirurgicale n'a pas été décidée, en l'absence de garantie suffisante quant à son succès. Les limitations fonctionnelles de l'assurée sont une élévation et une abduction atteignant 90% activement, 110% très douloureusement passivement, une rotation externe limitée à 10%, une rotation interne au niveau de la fesse et une force fortement limitée en raison des douleurs. A la question de savoir si, indépendamment des connaissances professionnelles préalables éventuellement nécessaires, l'assurée serait pleinement capable d'exercer une activité adaptée, le médecin répond par la négative, l'assurée étant à "l'arrêt de travail indéterminé" avec une atteinte importante du membre supérieur droit, une limitation des amplitudes et une perte de l'endurance ainsi que des douleurs à la mobilisation, même pour une durée brève.
22. Invitées à se déterminer avant que la cause ne soit gardée à juger, les parties se sont exprimées ainsi : l'assurée persiste à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2012, aucune amélioration de l'état de santé n'ayant été constatée après le 23 novembre 2011 et l'OAI conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire sur la base de l'avis du SMR du 19 octobre 2012. Selon le Dr Q\_\_\_\_\_, médecin du SMR, les affirmations du Dr M\_\_\_\_\_ sont contradictoires, dès lors qu'il estime que l'assurée est totalement incapable de travailler dans toute activité, même pour une brève durée, alors qu'il indiquait clairement en décembre 2011 qu'une rééducation professionnelle pouvait être immédiatement entreprise, ce d'autant plus qu'il confirme qu'il n'y a pas eu d'évolution de la maladie depuis fin 2011. Il convient d'organiser une expertise rhumatologique et orthopédique, afin de lever les doutes concernant les répercussions objectives de l'atteinte sur la capacité de travail de cette assurée de 39 ans, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.
23. La cause a été gardée à juger le 2 novembre 2012.

### **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de l'intimé de supprimer le versement de la rente à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, au motif que l'état de santé de l'assurée se serait amélioré et permettrait la reprise d'une activité à plein temps dans une activité adaptée dès le 23 décembre 2011.

6. a) 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<sup>er</sup> janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

c) 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).

8. a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2).

b) Lorsque l'effet suspensif a été retiré à un recours dirigé contre une décision de révision diminuant le droit à la rente, ce retrait dure, en cas de renvoi de la cause à l'administration, également pendant cette procédure d'instruction jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 129 V 370; arrêt 8C\_451/2010 du 10 novembre 2010; 9C 94/2011 du 12 mai 2011).

9. En l'espèce, il ressort des rapports du Dr P\_\_\_\_\_, expert mandaté par la SWICA, que ce dernier partage l'avis du Dr M\_\_\_\_\_, s'agissant des diagnostics, des limitations fonctionnelles et du caractère non exigible de l'opération envisagée en juin 2011. Le Dr P\_\_\_\_\_ retient une totale incapacité de travail dans toute activité en décembre 2010, le cas n'étant alors pas encore stabilisé. Il ne se prononce ensuite plus sur la capacité de travail exigible, mais souligne le mauvais pronostic en juillet 2012, compte tenu de la limitation de la mobilité et de l'enraidissement de l'épaule depuis près de deux ans. Les limitations fonctionnelles décrites par le Dr M\_\_\_\_\_, qui sont des constatations objectives, sont en effet très importantes, sans même compter la douleur. Selon ce dernier, l'état de santé n'a pas évolué depuis fin 2011 en tout cas. Les avis des deux médecins ne sont contredits par aucun spécialiste et semblent au demeurant probants. Ainsi, ces deux médecins retiennent, suivis en cela par le SMR, que

l'assurée est totalement et définitivement incapable d'exercer son métier de serveuse.

En premier lieu, s'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, c'est à tort que le SMR a déduit du courrier du Dr M\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2011 que l'assurée est pleinement capable d'exercer une telle activité, le médecin-traitant se bornant à indiquer qu'il convient d'entreprendre une rééducation professionnelle afin de tenter de trouver une activité adaptée. Cet avis ne permet pas de retenir que l'assurée est, du point de vue médical, en mesure de travailler à plein temps, ni qu'elle peut travailler à plein rendement. Si le SMR croyait que le médecin sous-entendait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il convenait de lui faire préciser le sens de son courrier. A cet égard, l'avis complémentaire du Dr M\_\_\_\_\_ à la Cour n'est pas contradictoire, car il confirme que l'assurée est "à l'arrêt indéterminé" en raison de l'importance de l'atteinte du bras droit et des douleurs intervenant lors de mobilisations même brèves. Le médecin a toujours retenu ces limitations, qui persistent sans évolution depuis décembre 2011, mais qui n'excluent peut-être pas la reprise d'une activité adaptée, si elle existe et à un taux à déterminer, en fonction notamment de la composante douloureuse. D'une part, du point de vue médical, sur la base des avis des Drs M\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, il semble acquis que l'état de santé est stabilisé depuis juin 2011, voire depuis décembre 2011 et l'OAI devait donc interroger plus avant le Dr M\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail résiduelle. Si ce dernier estimait ne pas être en mesure de se déterminer sur la capacité de travail résiduelle - médico-théorique - de sa patiente, à défaut d'évaluation concrète lors d'un stage, l'intimé pouvait mandater le Dr P\_\_\_\_\_ ou un autre expert. Toutefois, en l'état actuel de l'instruction du dossier, le complément d'expertise du 23 juillet 2012 du Dr P\_\_\_\_\_ permet de confirmer qu'il n'y a pas eu d'amélioration notable de l'état de santé de l'assurée et aucune pièce médicale du dossier ne permet de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée.

En second lieu, dans l'hypothèse où une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations avait été établie du point de vue médical, le dossier n'était, quoi qu'il en soit, pas suffisamment instruit pour calculer le taux d'invalidité. En effet, l'OAI n'était pas fondé à décider sans évaluation approfondie, compte tenu de l'importance des limitations du membre dominant (absence de force, limitation à l'horizontale, douleurs à la mobilisation), que l'assurée est apte à exercer la majeure partie de la palette des métiers fondant les salaires du TA1 de l'ESS, la plupart nécessitant l'usage répété des deux bras. Il convenait donc de soumettre le cas au service de la réadaptation, éventuellement mettre sur pied un stage d'observation, ou toute mesure professionnelle utile, pour déterminer les activités effectivement et concrètement adaptées aux limitations retenues, l'éventuelle diminution de rendement constatée objectivement, puis seulement procéder au calcul du taux d'invalidité, en fixant l'abattement sur le salaire d'invalidé.

10. Il s'avère ainsi que la décision de l'OAI, en tant qu'elle supprime la rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2012 est prématurée, non motivée et, partant, mal fondée. Ainsi, le recours est admis, la décision du 13 juin 2012 est annulée sur ce point et la cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il procède à une instruction médicale complémentaire afin de confirmer la stabilisation de l'état de santé et, dans ce cas, qu'il détermine la capacité de travail dans une activité adaptée et l'éventualité d'une baisse de rendement, puis qu'il complète le cas échéant les constatations médicales par une évaluation concrète de la capacité de travail, le cas échéant accorde des mesures professionnelles à l'assurée si les conditions légales sont réunies, avant de déterminer l'invalidité.

La recourante conclut à ce que la rente continue à lui être versée au-delà du 31 mars 2012. Or, en l'espèce, aucune décision définitive et exécutoire n'avait alloué de rente illimitée dans le temps à l'assurée, avant que la rente ne soit supprimée. Ainsi, la jurisprudence du Tribunal fédéral qui traite du sort des prestations lors du renvoi de la cause suite au recours contre une décision de suppression d'une rente fondée sur une précédente décision entrée en force, selon que la décision de suppression retire ou pas l'effet suspensif au recours, n'est pas applicable. En effet, la décision litigieuse est annulée en tant qu'elle supprime la rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, et confirmée en tant qu'elle alloue une rente jusque-là. La question de savoir si l'assurée a droit à une rente au-delà du 1<sup>er</sup> avril 2012, entière ou partielle et pour quelle durée n'est en l'état pas tranchée par une décision. Ces questions sont précisément celles auxquelles l'OAI devra répondre dans la décision qui sera rendue à l'issue de l'instruction complémentaire menée. Sur ce seul point, le recours est mal fondé.

La recourante obtenant largement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 300 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement, annule la décision du 13 juin 2012 en tant qu'elle supprime le droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2012 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
3. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de procédure de 2'500 fr. en faveur de la recourante.
4. Met un émolument de 300 fr. à la charge de l'intimé.
5. 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

Irene PONCET

Sabina MASCOTTO

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