RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/378/2022** **ATAS/937/2022**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

# Arrêt du 26 octobre 2022

**8ème Chambre**

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO — recourante

contre

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

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

## EN FAIT

**1.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1967 au Portugal, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1988 et y a travaillé en tant que femme de ménage et concierge.

**2.** Suite à une demande de prestations déposée le 24 juin 1996, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée du 1er juin au 31 juillet 1995 en raison d'atteintes lombaires (décision du 8 juin 1999).

**3.** L'assurée a par la suite repris le travail en tant que femme de ménage et concierge.

**4.** Le 27 août 2011, l'assurée a subi un accident, entraînant des douleurs au dos et à l'épaule droite avec une incapacité de travail totale. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

**5.** Par décision du 27 juin 2012, entrée en force, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 juin 2012, au motif que les conséquences délétères du sinistre étaient éteintes.

**6.** Le 17 juillet 2012, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité.

**7.** Par décision du 25 août 2014, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, en retenant que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 27 août 2011, mais totale dans une activité adaptée depuis le mois de juin 2012. Par arrêt du 16 février 2016, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise.

**8.** Le 6 février 2015, l'assurée a subi une réinsertion du sus-épineux de l'épaule droite, une ténodèse du long chef du biceps et une acromioplastie.

**9.** Dans une appréciation du 17 février 2017, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail justifiée entre la date du statu quo fixé au 30 juin 2012 et l'intervention au niveau de l'épaule droite du 6 février 2015 pour les seules atteintes de cette articulation.

**10.** Par décision du 20 mars 2017, la SUVA a alloué à l'assurée les indemnités journalières pour les atteintes à l'épaule droite, avec effet rétroactif au 6 février 2015.

**11.** Du 20 avril au 17 mai 2017, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), en vue d'une rééducation et d'une évaluation multidisciplinaire. Il ressort des différents rapports rédigés par les praticiens de cet établissement qu'aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour et qu'aucune psychopathologie n'a été retenue. Au status à la sortie, il n'y avait pas

d'amélioration significative de la fonction de l'épaule droite. L'assurée signalait par ailleurs la présence de nouvelles douleurs à l'épaule gauche dans tous les mouvements (évaluées à 2/10 au repos et à l'activité), mais les mobilités étaient conservées et la coiffe tenue. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. Des facteurs contextuels, soit la longue incapacité de travail, une kinésiophobie élevée, une patiente centrée sur ses douleurs et une sous-estimation du niveau d'activité que celle-ci estimait pouvoir réaliser, jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées et influençaient défavorablement le retour au travail. La participation de l'assurée aux thérapies a été considérée comme moyenne et des incohérences ont été relevées. La douleur a limité l'élaboration d'un programme de rééducation adéquat. Un manque total de l'utilisation du membre supérieur droit était observé. Les limitations fonctionnelles comprenaient le port de charges moyennes à lourdes, un travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et des mouvements répétitifs ou nécessitant de la force de l'épaule droite. Même si la présence d'un œdème autour de la vis de ténodèse pouvait expliquer une partie des douleurs, les facteurs contextuels semblaient jouer un rôle prédominant dans le tableau présenté. L'évolution, à plus de deux ans, était totalement négative. Vu l'échec de toute prise en charge médicale thérapeutique, l'assurée pourrait être orientée vers la médecine parallèle.

**12.** Le 8 mai 2017, l'assurée a formé opposition à la décision de la SUVA du 20 mars 2017 et a requis le versement d'indemnités journalières rétroactivement à la date de l'accident du 27 août 2011.

**13.** Le 14 juin 2017, le Dr B_____ a retenu que l'utilisation de l'épaule lésée semblait très limitée et qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'ancienne activité.

**14.** Par décision du 7 juillet 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée. Les investigations initiales s'étaient concentrées sur la problématique de la hernie discale, et non sur l'épaule droite, les troubles présentés étant localisés essentiellement au niveau du rachis lombaire. L'arthro-IRM de février 2014 n'avait mis en évidence qu'une déchirure partielle, pas encore transfixiante, du tendon. Il n'y avait alors pas encore d'indication opératoire. Ce n'était qu'en raison de la persistance des douleurs et de l'échec du traitement conservateur que l'intervention avait été réalisée après la rupture quasi-complète du tendon. Il y avait donc eu une aggravation naturelle du status au niveau de l'épaule, sous l'effet des années. Dans ces conditions, le médecin-conseil avait retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail justifiée entre le 30 juin 2012 et la date de l'opération de l'épaule le 6 février 2015.

**15.** Le 23 octobre 2017, l'assurée a fait l'objet d'un examen final par le Dr B_____ de la SUVA. Elle a déclaré souffrir également de douleurs à l'épaule gauche, lesquelles avaient commencé pendant son séjour à la CRR. En descendant d'un vélo de rééducation ou en rapport avec une utilisation compensatrice du côté gauche, elle avait fait un faux mouvement du côté gauche, sans chute avec impact sur

l'épaule gauche. Elle avait très mal à cette articulation au moment de l'examen. Elle se plaignait également de douleurs importantes au niveau du rachis lombaire, d'une impression de tendinite au niveau de la hanche droite avec des douleurs dans le creux inguinal et de la fesse droite, ainsi de douleurs aux pieds, ce qui limitait la marche à très peu de temps dans sa vie quotidienne. Elle parvenait à préparer les repas, grâce à l'acquisition de machines, et à passer un petit aspirateur avec la main gauche. Elle avait des difficultés à faire son lit et ne pouvait plus conduire à cause de la limitation de l'épaule gauche. Le déshabillage s'effectuait avec difficulté sur le côté droit. Sur l'IRM de l'épaule gauche du 20 juin 2017, une tendinopathie fissuraire non transfixiante, sans omarthrose, était visible. Dans son appréciation, le Dr B_____ a mentionné qu'à l'examen clinique la mobilité de l'épaule droite était toujours très limitée. Quant aux douleurs à l'épaule gauche, elles étaient survenues sans aucun contexte traumatique et étaient manifestement de type dégénératif. Au niveau rachidien, l'évolution était satisfaisante, malgré quelques lombalgies occasionnelles, sans radiculalgie. L'activité de nettoyeuse n'était plus exigible à cause de la limitation à l'épaule droite. Dans une activité réalisée essentiellement en position assise avec l'avant-bras reposant sur un support, sans port de charge du côté droit et sans montée d'échelle, la capacité de travail était entière pour les séquelles laissées par les accidents.

**16.** Sur recours, la chambre de céans a annulé la décision du 7 juillet 2017 de la SUVA, par arrêt du 16 octobre 2018, et a renvoyé la cause à cette dernière pour instruction complémentaire concernant la capacité de travail de l'assurée avant le 6 février 2015.

**17.** En octobre 2019, l'assurée a fait l'objet d'une expertise par les docteurs C_____, rhumatologue FMH, et D_____, neurologue FMH, experts au Centre d'expertises médicales (ci-après: le CEMed). Dans leur évaluation consensuelle du 10 janvier 2020, les experts ont notamment retenu les diagnostics de lombalgies chroniques avec status après cure chirurgicale de hernie discale lombaire L4-L5 et troubles dégénératifs du rachis, de douleurs des épaules avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en 2017 et status après arthroscopie le 6 février 2015 pour réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, compliquée d'une capsulite rétractile, de signes de majoration des symptômes à l'examen du membre supérieur droit et de surdité de perception bilatérale. Il y avait des limitations fonctionnelles pour le port répétitif de charges de plus de 5 kg et le port ponctuel de charges supérieures à 10 kg, les mouvements répétitifs en flexion, extension ou rotation du tronc ou avec le haut du corps en porte-à-faux, ainsi que l'utilisation des bras au-dessus de l'horizontale. La capacité de travail était nulle depuis le 27 août 2011. Dès août 2015, elle était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

**18.** Dans son avis du 6 mars 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: le SMR) s'est écarté des conclusions des experts quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle et a retenu que celle-ci était

nulle depuis la date de l'accident. Il a également considéré que l'état de santé de l'assurée était stabilisé au plus tôt à partir d'octobre 2017, date de l'examen effectué par le Dr B_____ à la SUVA. Ce n'était que dès cette date que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité strictement adaptée aux restrictions fonctionnelles.

**19.** Le 10 mars 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière de janvier 2013 à décembre 2017. Sa perte de gain n'étant que de 10% dans l'exercice d'une activité adaptée, elle n'avait plus droit à une rente dès janvier 2018.

**20.** Par acte du 18 mai 2020, l'assurée a contesté ce projet de décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps dès janvier 2013.

**21.** Par décision du 16 décembre 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière de janvier 2013 à décembre 2017.

**22.** Par acte du 1er février 2022, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et implicitement à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps, sous suite de dépens.

**23.** Dans son rapport du 15 avril 2022, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a fait état d'une chute du 27 août 2011 avec traumatisme lombaire, du coccyx, dont les lésions étaient guéries, et de l'épaule. Suite à une chute du 22 septembre 2011, les douleurs à l'épaule droite s'étaient aggravées et l'assurée avait développé un syndrome douloureux chronique à cette articulation ayant nécessité une intervention chirurgicale et de multiples infiltrations. Puis, elle avait subi un accident à la CRR le 17 mai 2017, dû à un mouvement brusque non maîtrisé sur une machine d'entraînement suite à une perte d'équilibre, qui avait provoqué des lésions tendineuses de l'épaule gauche, laquelle était alors devenue chroniquement douloureuse. À cela s'ajoutaient des lombalgies chroniques, une tendinite chronique du pied gauche, des douleurs chroniques des petites articulations des mains et des pieds, des épigastralgies importantes, une hypercholestérolémie sévère, un état après hyperthyroïdie traitée et une sécheresse oculaire. Les limitations fonctionnelles dues aux douleurs empêchaient la recourante de réaliser les activités de la vie quotidienne, tels que le repassage, le port du bras droit en avant et parfois du bras gauche. Sa capacité de travail était nulle de ce fait dans toute activité et au-delà du 30 septembre 2017 sans discontinuité. La description systématique des douleurs, de façon parfaitement productible depuis des années, et les limitations observables à l'examen clinique permettaient d'objectiver les douleurs. Il ne semblait pas à ce médecin que l'assurée exagérait ses symptômes. Elle était par ailleurs compliante au traitement. Le Dr E_____ ne partageait pas les conclusions de l'expert D_____, selon lequel les lombalgies n'avaient pas de conséquences sur la capacité de travail. Les plaintes de la recourante à cet expert étaient en outre cohérentes. Contrairement à l'expert

SALVI, le médecin traitant a considéré que la capacité de travail comme concierge était nulle, une telle activité sollicitant le corps de façon importante. Le Dr C_____ n'avait en outre pas fait état de l'accident de l'épaule gauche, alors même que la diminution du score du test Jamar à l'entrée et à la sortie de la CRR en témoignait. Enfin, les lésions à l'épaule droite étaient visibles à l'IRM. Les incohérences relevées n'excluaient au demeurant pas que l'assurée souffre de douleurs.

**24.** Se fondant sur le rapport précité, l'assurée a fait valoir, par écriture du 29 avril 2022, que l'intimé avait minimisé son incapacité de travail. Cela étant, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

**25.** Par écritures du 16 mai 2022, l'assurée a complété son recours, en concluant à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps, sous suite de dépens. Préalablement, elle a requis l'audition du Dr E_____ et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le SMR lui-même n'avait pas suivi les conclusions de l'expertise en retenant une incapacité de travail totale dans le nettoyage et une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée depuis octobre 2017 et non depuis septembre 2015. Toutefois, ledit service n'avait pas mentionné quelles activités seraient adaptées. Au demeurant, il ne ressortait pas des explications du SMR que l'état de santé de la recourante s'était amélioré en octobre 2017 et cela était contredit par le Dr E_____. Il était surprenant que les mêmes limitations dont était affectée la recourante de 2013 à 2017 et pour lesquelles une rente entière lui a été octroyée, n'étaient désormais plus invalidantes, quand bien même elles s'étaient accentuées en lien avec l'accident de 2017 à la CRR.

**26.** Dans son avis du 7 juin 2022, le SMR a constaté que les diagnostics posés par le médecin traitant étaient connus des experts. La tendinite au pied mentionnée par le Dr E_____ correspondait au diagnostic d'hallux valgus qui n'était pas reconnu comme atteinte incapacitante. Les experts avaient par ailleurs tenu compte des limitations fonctionnelles d'épargne des deux épaules. En l'absence d'un nouvel élément objectif, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions.

**27.** Dans sa note de travail du 10 juin 2022, le responsable de l'équipe de réadaptation a déclaré que la recourante pourrait exercer les emplois suivants: démarcheuse téléphonique, contrôleuse/visiteuse en salle blanche dans l'industrie légère, huissière, par exemple dans un musée, agent d'accueil, employée dans un centre d'appel et dans un service de gestion électronique de données, ainsi que logisticienne (centrale d'achat, gestionnaire de commandes).

**28.** Dans sa réponse du 14 juin 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base des avis du SMR.

**29.** Par réplique du 23 septembre 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions, en reprenant pour l'essentiel sa précédente argumentation.

**30.** Sur ce, 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) en vigueur dès le 1er 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.** Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, le droit à la rente est né avant janvier 2022, de sorte que les anciennes dispositions légales sont applicables. Elles seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

**3.** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

**4.** Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2018.

**5.** 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). Tout changement important des circonstances propres 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

**6.** 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

**7.** 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. 28a al. 1 LAI).

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.** 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**9.** 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).

**10.** **a.** En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une évaluation multidisciplinaire à la CRR en avril et mai 2017. Les médecins de la CRR constatent que la recourante présente un status post-révision de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dont l'évolution est totalement négative, la recourante étant sévèrement limitée à ce membre et ne l'utilisant pas. En fin de séjour, elle présente également des douleurs à l'épaule gauche dans tous les mouvements, mais les mobilités sont conservées et la coiffe est tenue. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas entièrement par les lésions objectives. Des facteurs contextuels, soit la longue incapacité de travail, une kinésiophobie élevée, une assurée centrée sur ses douleurs et une sous-estimation du niveau d'activité que celle-ci estime pouvoir réaliser, jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées, et influencent défavorablement le retour au travail. La participation de l'assurée aux thérapies est jugée moyenne et des incohérences sont relevées. La douleur limite l'élaboration d'un programme de rééducation adéquat. Les limitations fonctionnelles comprennent le port de charges moyennes à lourdes, un travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, des mouvements répétitifs ou nécessitant de la force de l'épaule droite. Même si la présence d'un œdème autour de la vis de ténodèse peut expliquer une partie des

douleurs, les facteurs contextuels semblent jouer un rôle prédominant dans le tableau présenté.

Le 23 octobre 2017, l'assurée est examinée par le Dr B_____ de la SUVA. Il constate qu'une tendinopathie fissuraire non transfixiante, sans omarthrose, est visible sur l'IRM de l'épaule gauche du 20 juin 2017. La mobilité de l'épaule droite est toujours très limitée. Au niveau rachidien, l'évolution est satisfaisante, malgré quelques lombalgies occasionnelles, sans radiculalgie. L'activité de nettoyeuse n'est plus exigible à cause de la limitation à l'épaule droite. Dans une activité réalisée essentiellement en position assise avec l'avant-bras reposant sur un support, sans port de charge du côté droit et sans montée d'échelle, la capacité de travail est entière pour les séquelles laissées par les accidents.

Les experts du CEMed retiennent, suite à l'examen de la recourante en octobre 2019, les diagnostics de lombalgies chroniques avec status après cure chirurgicale de hernie discale lombaire L4-L5 et troubles dégénératifs du rachis, de douleurs des épaules avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en 2017 et status après arthroscopie le 6 février 2015 pour réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, compliquée d'une capsulite rétractile, de signes de majoration des symptômes à l'examen du membre supérieur droit et de surdité de perception bilatérale. Il y a des limitations fonctionnelles pour le port répétitif de charges de plus de 5 kg et le port ponctuel de charges supérieures à 10 kg, les mouvements répétitifs en flexion, extension ou rotation du tronc ou avec le haut du corps en porte-à-faux, ainsi que l'utilisation des bras au-dessus de l'horizontale. La capacité de travail est nulle depuis le 27 août 2011. Dès août 2015, elle est de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

Dans son avis du 6 mars 2020, le SMR s'écarte des conclusions des experts quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle et retient que celle-ci est nulle depuis la date de l'accident de façon permanente. L'état de santé de l'assurée est stabilisé au plus tôt à partir d'octobre 2017, date de l'examen effectué par le Dr B_____ à la SUVA. Ce n'est que dès cette date que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans une activité strictement adaptée aux restrictions fonctionnelles.

**b.** L'évaluation à la CRR et l'expertise du CEMed remplissent en principe les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante, sous réserve de l'appréciation de la capacité de travail par le CEMed. Ces évaluations sont en effet fondées sur une connaissance complète du dossier médical, prennent en considération les plaintes de la recourante, reposent sur des examens cliniques approfondis et contiennent des conclusions motivées.

Certes, le SMR s'est écarté de l'avis des experts en ce qui concerne la capacité de travail. Ce n'est pas pour autant que l'expertise perd toute valeur probante. Elle reste valable pour les constatations des experts et les diagnostics émis.

**c.** La recourante conteste l'appréciation de la capacité de travail, en faisant valoir que celle-ci aurait dû se fonder sur ses plaintes, à savoir les limitations réelles

constatées et les douleurs chroniques. Elle met ainsi en cause ces évaluations en ce qu'elles concluent que les douleurs ne sont pas objectivables, et considère que ses limitations et son incapacité de travail ont été minimisées.

À l'appui de ses dires, elle produit le rapport du 15 avril 2022 du Dr E_____. Outre les atteintes aux épaules, ce médecin fait notamment état de lombalgies chroniques, d'une tendinite chronique du pied gauche, de douleurs chroniques des petites articulations des mains et des pieds. En raison des limitations fonctionnelles causées par les douleurs aux épaules qui empêchent également un sommeil réparateur, il estime que la capacité de travail est nulle dans toute activité, la recourante étant épuisée par la douleur chronique et le manque de sommeil. Outre des médicaments sous forme de paracétamol et d'anti-inflammatoires, le médecin traitant avait prescrit du tramadol. Toutefois, l'effet de ce médicament s'étant beaucoup amoindri, ce traitement a dû être interrompu. Seule l'application de la chaleur permet de soulager les douleurs. Il y a par ailleurs des fluctuations de l'état de santé avec des accès douloureux des épaules et parfois des autres parties du corps. Les lésions aux épaules sont en outre visibles aux examens radiologiques. Selon ce médecin, la recourante n'exagère pas ses symptômes et ses plaintes sont cohérentes, au vu de la description systématique des douleurs, de façon parfaitement reproductibles depuis des années, et les limitations observables à l'examen clinique. Les incohérences relevées n'excluent enfin pas que l'assurée présente réellement des douleurs.

Avec le SMR, il sied de constater que les diagnostics posés par le médecin traitant étaient connus des experts. En particulier, les lésions tendineuses de l'épaule gauche sont expressément mentionnées dans l'expertise. La tendinite au pied gauche correspond au diagnostic d'hallux valgus qui n'est pas reconnu comme atteinte incapacitante. De surcroît, les experts ont tenu compte des limitations fonctionnelles d'épargne des deux épaules.

Quant aux douleurs comme facteur de limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée, elles ne correspondent pas, ou du moins pas dans l'intensité décrite, aux lésions objectivement constatables, selon les médecins de la CRR et les experts. Il ne peut en outre être nié que la recourante a tendance à exagérer ses limitations et douleurs. En effet, le test de puissance sur vélo était à 0 Watt et la force aux deux mains extrêmement basse lors du séjour à la CRR, alors même que la recourante n'a d'atteintes ni aux membres inférieurs ni aux mains (p. 4 rapport de la CRR). Cela constitue une incohérence manifeste, indépendamment du manque de collaboration relevé dans l'expertise, en particulier pour l'examen des coudes et des mains. Au demeurant, les médecins de la CRR expliquent quels facteurs contextuels semblent jouer un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées, contrairement aux dires du médecin traitant. Il s'agit de la longue incapacité de travail, de la kinésiophobie élevée, du fait que la recourante est très centrée sur ses douleurs et de la sous-estimation du niveau d'activité que celle-ci estime pouvoir réaliser. Partant, même si la recourante n'a jamais varié dans

ses plaintes, il ne peut être admis que la douleur aux épaules correspond à un substrat organique objectivable dans l'intensité alléguée.

Cela étant, l'avis contraire du Dr E_____ n'est pas propre à mettre en cause les conclusions des évaluations multidisciplinaires effectuées et des avis des médecins conseils de la SUVA et du SMR. Par conséquent, il convient d'admettre, en suivant le SMR, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis l'accident en date du 27 août 2011 et une capacité de travail dans une activité adaptée à partir d'octobre 2017.

**d.** La recourante se prévaut enfin de ce que son état ne s'est pas amélioré en octobre 2017, de sorte qu'il n'y a pas lieu de supprimer sa rente trois mois après cette date.

En ce qui concerne les lombalgies, cela n'est pas exact, dès lors que le Dr B_____ constate dans son évaluation du 23 octobre 2017 que l'évolution au niveau rachidien est satisfaisante, malgré quelques lombalgies occasionnelles, sans radiculalgie. Au demeurant, le Dr E_____ ne conteste pas que les lombalgies n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail (rapport du 15 avril 2022, p. 4 sous ch. 14).

S'agissant des atteintes aux épaules, il sied d'admettre qu'elles se sont aggravées depuis l'accident d'août 2011. Comme les médecins l'ont constaté, l'évolution au niveau de l'épaule droite a été totalement négative, la recourante n'utilisant plus son membre supérieur droit. Par ailleurs, depuis le séjour à la CRR en 2017, elle présente également des atteintes à l'épaule gauche. Il est ainsi vrai qu'il n'y a pas d'amélioration en octobre 2017 au niveau des épaules et cela n'est pas non plus allégué par l'intimé.

Toutefois, en l'occurrence, ce n'est pas l'amélioration qui est déterminante, mais la stabilisation de l'état de santé, comme le relève le SMR. C'est ce changement des circonstances qui permet la révision du droit à la rente. À cet égard, l'art. 8 al. 1 LPGA distingue entre une incapacité de gain présumée permanente et une incapacité de gain de longue durée. Une invalidité durable suppose en principe un état de santé stabilisé. L'état de santé est considéré comme labile aussi longtemps que les atteintes font l'objet d'un traitement ou jusqu'à ce que les traitements permettent d'obtenir un état stationnaire (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2020, ad art. 8 ch. 15 et 16).

En l'espèce, l'atteinte à l'épaule droite s'est péjorée depuis l'accident, rendant nécessaire en février 2015 une intervention chirurgicale. L'évolution après cette opération n'ayant pas été satisfaisante, la recourante a bénéficié en avril et mai 2017 d'un séjour à la CRR en vue d'une rééducation et d'une évaluation multidisciplinaire. L'examen final constatant que son état de santé est stabilisé n'a eu lieu qu'en octobre 2017 à la SUVA.

Compte tenu de ce que la recourante présente depuis le séjour à la CRR une nouvelle atteinte sous forme d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de son épaule gauche dont il y avait lieu d'observer l'évolution, il doit être admis avec

l'intimé qu'une stabilisation de l'état de santé ne peut être constatée qu'en octobre 2017.

Ainsi, il y a une incapacité de gain de longue durée depuis l'accident jusqu'à cette date. Une capacité de gain permanente ne peut cependant être retenue en octobre 2017, comme relevé ci-dessus, même si l'état de santé ne s'est pas amélioré.

**11.** Les conclusions de l'expertise, de l'évaluation de la CRR et du médecin-conseil de la SUVA étant largement concordantes quant à l'appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, la chambre de céans ne juge pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire ni d'entendre le médecin traitant.

**12.** Au vu des limitations fonctionnelles importantes, se pose la question de savoir si la recourante est encore en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Selon l'intimé, les limitations fonctionnelles sont compatibles avec les activités de démarcheuse téléphonique, contrôleuse/visiteuse en salle blanche dans l'industrie légère, huissière, par exemple dans un musée, d'agent d'accueil, d'employée dans un centre d'appel et dans un service de gestion électronique de données, ainsi que de logisticienne (centrale d'achat, gestionnaire de commandes).

La recourante ne conteste pas que ces activités sont adaptées à ses limitations fonctionnelles.

**13.** Elle ne met pas non plus en cause le calcul de sa perte de gain dans l'exercice d'une activité adaptée. Cette perte de gain a été évaluée à 10% par l'intimé, en prenant en compte un abattement de 10% du salaire statistique, pris en considération à titre de salaire d'invalide, en raison des limitations fonctionnelles. Même en admettant l'abattement maximal de 25% prévu par la jurisprudence en la matière, la perte de gain resterait toujours inférieure à 40% et n'ouvrirait pas non plus le droit à une rente.

**14.** Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

**15.** Dans la mesure où la recourante succombe, elle sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1$^{bis}$ LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

| La greffière | La présidente suppléante |
|---|---|
| GATTUSO Maryline | Maya CRAMER |

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