

# **VD\_GERICHTE ZD15.042756 vom 27. März 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-03-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.042756](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.042756)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.042756 du 27 mars 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD15.042756 del 27 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

- 26 - En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) En tant que la recourante sollicite la jonction des causes AI 273/15 et AA 80/15 (cf. mémoire de recours du 8 octobre 2015 p. 9), il y a lieu d'observer que ces procédures n'opposent pas les mêmes parties et qu'elles concernent des décisions distinctes portant sur des objets différents. On ne saurait dès lors prononcer leur jonction (cf. ATF 131 V 59 consid. 1 a contrario).

### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Est litigieuse, en l'occurrence, la question de la suppression de la rente AI de la recourante avec effet rétroactif au 1er octobre 2013.

### **E. 3**

a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

- 27 - Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force. Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits)

peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (cf. ATF 135 V 215 consid. 4 et 5). b) Plus particulièrement, l'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment

- 28 - de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; cf. TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

#### **E. 4**

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une

demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70%.

- 29 - b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a un recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; cf. TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 30 - Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2, avec la jurisprudence citée).

## **E. 5**

Aux termes de la décision attaquée, l'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré au plus tard en octobre 2013 et que l'intéressée ne présentait dès lors plus d'invalidité au sens de la loi. La recourante, de son côté, a fait valoir que sa situation n'avait connu aucun changement important susceptible de modifier le droit à la rente. a) Il est constant que l'assurée s'est initialement vu allouer une rente entière d'invalidité eu égard à l'impotence fonctionnelle qui frappait son membre supérieur droit et empêchait toute activité impliquant l'usage de celui-ci (cf. avis médical SMR du Dr II. \_\_\_\_\_ du 10 mai 2000 ; cf. lettre explicative de l'OAI du 9 septembre 2015 p. 1). Le droit à la rente a ensuite été régulièrement confirmé lors de trois procédures de révision d'office (cf.

communications du 21 septembre 2005, du 8 mars 2011 et du 31 juillet 2013). Au regard de l'objet du présent litige (cf. consid. 2b supra), il n'y a du reste pas lieu de revenir sur l'octroi initial de cette prestation, respectivement son maintien jusqu'au 31 juillet 2013. b) Cela étant, après avoir écrit à l'OAI le 30 janvier 2013 pour lui faire part de certains doutes suscités à la lecture d'un rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2012, l'assureur-accidents A. \_\_\_\_\_ (ultérieurement avec la participation de l'intimé) a mis en œuvre des

- 31 - mesures d'investigation en particulier sous forme de mandats d'expertise confiés aux Drs E. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, mesures qui ont conduit l'OAI à entamer une quatrième procédure de révision d'office aboutissant à la suppression du droit à la rente avec effet rétroactif au 1er octobre 2013. aa) Aux termes de son rapport d'expertise du 11 octobre 2013, le Dr E. \_\_\_\_\_ a tout d'abord exposé que si l'assurée décrivait des plaintes inchangées, soit des douleurs constantes de l'épaule droite entraînant une inutilisation du bras droit, le status se situait en revanche dans les limites de la norme sous réserve d'une restriction de la mobilité active et passive, largement en-dessous de l'horizontale, alors que les amplitudes articulaires décrites par le Dr S. \_\_\_\_\_ en octobre 2012 montraient des valeurs d'adduction à 110° (60° lors de l'expertise) et une antépulsion à 100° (70° lors de l'expertise). A cela s'ajoutait qu'aucune rotation externe de l'épaule droite n'avait pu être obtenue passivement ou activement au-delà de 10°, alors qu'elles étaient présentes chez le Dr S. \_\_\_\_\_ et qu'elles étaient pratiquement normales selon la Dresse R. \_\_\_\_\_ en 2003. L'expert E. \_\_\_\_\_ a également observé que l'assurée conservait une excellente musculature brachiale et antébrachiale, de même que thénarienne et hypothenarienne, contrastant totalement avec la quasi impossibilité d'utiliser le bras droit et la main droite en raison des douleurs. De même, les valeurs mesurées au Jamar et au Pinch à droite étaient quasi celles d'une main paralytique, contrastant avec la poignée de main de l'assurée, avec le fait qu'elle portait son sac pour le passer de la main droite à la main gauche, ainsi qu'avec la présence de callosités à l'intérieur de la main droite, en particulier au niveau de la face palmaire de la 3e tête métatarsienne en arrière d'une bague, témoignant d'une bonne utilisation de la main droite. Cela étant, le Dr E. \_\_\_\_\_ a retenu qu'il y avait clairement une autolimitation lors de l'expertise, avec des incohérences manifestes et massives entre les plaintes de non utilisation et de douleurs, d'une part, et une certaine réalité fonctionnelle d'utilisation du membre supérieur droit, d'autre part. Plus précisément, il a admis l'existence d'une ankylose séquellaire de l'épaule droite mais a indiqué ne pouvoir en expliquer l'importance ou se prononcer sur les douleurs, dans le cadre d'un status clinique et d'une IRM dans les limites

- 32 - de la norme pour l'âge (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 pp 5 s. et 11). L'expert a ensuite maintenu ses constatations dans un avis complémentaire du 7 novembre 2013. Le Dr E. \_\_\_\_\_ ayant par ailleurs mentionné l'éventualité d'un syndrome somatoforme douloureux persistant à investiguer par un psychiatre (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 12 et rapport complémentaire du 7 novembre 2013), l'assurée a été examinée par le Dr I. \_\_\_\_\_, qui n'a constaté aucun trouble d'origine psychiatrique mais a néanmoins relevé qu'avec trois critères sur quatre, on était en droit de suspecter la simulation au vu des dernières constatations émises sur le plan orthopédique (cf. rapport d'expertise du 9 décembre 2014 p. 16). Ayant pris connaissances des conclusions de l'expert psychiatre, le Dr E. \_\_\_\_\_, par avis complémentaire du 24 avril 2015, a considéré qu'au vu de la persistance de l'excellente musculature et des callosités des deux

mains qui attestaient de façon formelle de la poursuite de l'utilisation de la main et du bras droits, la capacité de travail était totale dans l'activité d'aide de maison. Cela étant, à la lecture des constatations de l'expert E. \_\_\_\_\_ combinées avec celles de l'expert I. \_\_\_\_\_, on ne peut que conclure à l'absence de trouble incapacitant au niveau du membre supérieur droit. bb) L'analyse de la documentation médicale au dossier ne permet pas, du reste, d'aboutir à une autre conclusion. En premier lieu, on rappellera que le Dr T. \_\_\_\_\_ a noté en octobre 1997 une atrophie généralisée de la musculature de l'épaule droite, sans atrophie significative au niveau du bras et de l'avant-bras (cf. rapport du 23 octobre 1997, spéc. annexe « Status 17.10.1997 » p. 1). Un mois plus tard, les Drs EE. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont observé une hypotrophie musculaire globale modérée par inutilisation au niveau de l'épaule droite (cf. rapport du 18 novembre 1997 p. 2). Environ un an après, le Dr G. \_\_\_\_\_ a signalé une légère amyotrophie du deltoïde et du rotateur externe de l'épaule droite par rapport à l'épaule gauche (cf.

- 33 - rapport du 21 décembre 1998 p. 9), avec des callosités symétriques aux deux mains (cf. ibid. p. 10). Or, force est d'admettre qu'en cas de persistance d'une impotence fonctionnelle restreignant significativement la mobilisation du membre supérieur droit, la masse musculaire au niveau de l'épaule, du bras et de l'avant-bras droits aurait dû être diminuée en conséquence lors de l'examen du Dr E. \_\_\_\_\_ en 2013, à défaut d'avoir fait l'objet d'une sollicitation régulière sur une période aussi étendue – cela d'autant que, dans le cas particulier, la recourante a soutenu que c'était sa main gauche qui était de plus en plus utilisée pour la plupart des actes de la vie quotidienne (cf. procès-verbal d'entretien du 31 mai 2013 p. 1). De même, si des callosités symétriques aux deux mains pouvaient à la rigueur encore être admises dans les premières années qui ont suivi l'accident, faute d'avoir pu être distinctement estompées à droite par l'effet de l'écoulement du temps, ces callosités auraient en revanche dû présenter un aspect nettement différencié après plusieurs années de moindre utilisation du membre supérieur droit. Ainsi, lorsque le Dr E. \_\_\_\_\_ a constaté en octobre 2013 une musculature conservée à droite, sous réserve d'une très discrète amyotrophie au niveau du deltoïde (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 6), avec des callosités symétriques aux deux mains (cf. ibid. p. 7), il pouvait légitimement conclure à une réalité fonctionnelle d'utilisation du membre supérieur droit – de tels indices ne cadrant manifestement pas avec l'usage « très modeste » allégué par la recourante (cf. réplique du 29 octobre 2015 p. 2). En ce qui concerne par ailleurs le compte-rendu établi le 22 septembre 2014 par la physiothérapeute FF. \_\_\_\_\_, il n'est guère déterminant. Cette dernière y décrit en effet l'indication initiale au traitement entrepris, point qui ne revêt toutefois aucune incidence pour l'issue de la cause. Pour le surplus, la physiothérapeute rapporte les plaintes – par définition subjectives – de l'assurée, ainsi qu'une insuffisance de mobilité qui doit être appréhendée avec circonspection au regard de l'autolimitation constatée par l'expert E. \_\_\_\_\_ et de la simulation suspectée par l'expert I. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 5b/aa supra). Tout au plus relèvera-t-on encore que si la physiothérapeute FF. \_\_\_\_\_ a fait état le 22 septembre 2014 d'un suivi remontant à 2001, c'est toutefois le

- 34 - nom d'une autre physiothérapeute, JJ. \_\_\_\_\_, que l'assurée a mentionné lors de l'expertise réalisée par le Dr E. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 6) – ce qui ne manque pas d'interpeller quant à la continuité du suivi dispensé par la physiothérapeute FF. \_\_\_\_\_. Aux termes d'un rapport d'imagerie du 10 février 2015, le Dr O. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, mis en lumière des remaniements dégénératifs de l'acromio-claviculaire qui doivent toutefois être remis dans le contexte du conflit

acromio-claviculaire (avec acromion de type II) opéré le 26 novembre 1996 par le Dr V.\_\_\_\_\_ et toujours évoqué par le Dr T.\_\_\_\_\_ en 1997, ainsi que de l'évolution arthrosique mentionnée le 18 février 2002 par le Dr KK.\_\_\_\_\_. Si le Dr O.\_\_\_\_\_ a en outre signalé l'existence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne, dont les rapports d'imagerie ne faisaient pas mention auparavant, il reste que les avis médicaux versés en cause ne contiennent aucun élément permettant de reconnaître un caractère durable (et encore moins chronique) à cette inflammation ; on soulignera en particulier qu'après avoir eu connaissance des conclusions du Dr O.\_\_\_\_\_, les médecins consultés par l'assurée (Drs S.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_) n'ont émis aucune observation spécifique à ce propos. La Cour relève par ailleurs que la tendinopathie du sus-épineux évoquée par le Dr O.\_\_\_\_\_ avait déjà été signalée en 1997 par le radiologue D.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 1er octobre 1997 p. 1), puis par les Drs EE.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ qui avaient estimé que cette tendinopathie ne jouait aucun rôle dans l'évolution du cas (cf. rapport du 18 novembre 1997 p. 3), avant d'être observée à nouveau par le Dr KK.\_\_\_\_\_ en 2002, qui n'en avait pas moins conclu à une situation demeurée inchangée par rapport à l'examen du 1er octobre 1997 ; quant à la Dresse R.\_\_\_\_\_, elle avait estimé que la situation était normale sur ce plan (cf. rapport du 5 novembre 2003 p. 2). Certes, le Dr O.\_\_\_\_\_ a de surcroît décelé une tendinopathie du sous-épineux mais, là encore, cet élément n'a nullement été développé par les médecins auxquels l'assurée s'est adressée. A cela s'ajoute que, selon le Dr E.\_\_\_\_\_, on retrouve habituellement ce type de lésions à partir de la quarantaine, « croissant avec l'âge et souvent pauci voire asymptomatique[s] » (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 10). L'atteinte du cartilage gléno-

- 35 - huméral notée par le Dr O.\_\_\_\_\_ – qui n'a, elle non plus, appelé aucun commentaire particulier de la part des Drs S.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ – doit également être replacée dans son contexte, à savoir celui d'une assurée âgée de près de 60 ans à l'époque de l'examen et présentant des signes d'arthrose. La Cour relève finalement que le Dr O.\_\_\_\_\_ – et, dans sa suite, le Dr Y.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 20 février 2015) – a certes conclu à une amyotrophie de grade II à III du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond, alors même que l'épaisseur des muscles avait précédemment été jugée normale, sans infiltration adipeuse (cf. rapport du Dr KK.\_\_\_\_\_ du 18 février 2002 p. 2). Cela dit, rien dans les constatations du radiologue ne permet de distinguer la part d'évolution due au vieillissement (et ne relevant donc pas de l'assurance-invalidité) de celle revêtant une éventuelle origine pathologique ou traumatique. Bien plus, l'expert E.\_\_\_\_\_ a souligné que l'assurée conservait une excellente musculature du membre supérieur droit à fin 2013 (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 11). Si, pour ce faire, l'expert s'est essentiellement fondé sur ses constatations cliniques, il n'en reste pas moins que celles-ci incitent à nuancer les répercussions concrètes de l'amyotrophie retenue sur le plan radiologique par le Dr O.\_\_\_\_\_ début 2015. On notera en particulier que rien au dossier ne vient appuyer la thèse d'une dégradation subite intervenue entre-temps. Il s'avère bien au contraire que l'ensemble des éléments mis en exergue par le Dr O.\_\_\_\_\_ n'a entraîné aucune modification ou aggravation de la symptomatologie, la situation ayant été décrite comme inchangée « depuis de nombreuses années » en mars 2015 (cf. attestation du Dr S.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2015). Au regard de l'ensemble de ces considérations, il y a donc lieu de retenir que les conclusions du Dr O.\_\_\_\_\_ ne sont aucunement incompatibles avec le constat du Dr E.\_\_\_\_\_ selon lequel les données radiologiques se situent dans les limites de la norme pour l'âge (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 11). Dans son rapport du 20 février 2015, le Dr Y.\_\_\_\_\_ n'a, de son côté, apporté aucun argument

sérieux à l'encontre de l'appréciation de l'expert E. \_\_\_\_\_. Il a certes mentionné une ankylose et une impotence fonctionnelle quasi complète de l'articulation scapulo-humérale - 36 - droite, mais n'a pas étayé ses affirmations sur des observations cliniques concrètes. S'il s'est en outre référé à une « importante » amyotrophie de la ceinture scapulaire à droite, il s'est toutefois gardé de motiver sa position à la lumière de ses constatations cliniques, contrairement à l'expert E. \_\_\_\_\_, et s'est contenté de renvoyer à l'IRM du 10 février 2015 qui mentionne, certes, une amyotrophie mais sans pour autant la qualifier de grave et qui ne permet pas, du reste, de mettre en cause l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ ainsi qu'exposé plus haut. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ ne s'est du reste pas prononcé quant à la musculature et aux callosités observées par l'expert E. \_\_\_\_\_, révélatrices d'une utilisation régulière du membre supérieur droit. A cela s'ajoute que l'impossibilité « de se brosser les dents, de se coiffer ou de se laver et similaire avec la main droite », telle que rapportée par le Dr Y. \_\_\_\_\_, tranche avec les déclarations de l'assurée lors de l'entretien du 26 février 2014 avec un collaborateur d'A. \_\_\_\_\_, entretien au cours duquel l'intéressée ne s'est aucunement prévalu de l'impossibilité d'utiliser son bras droit pour de telles activités mais a expliqué être en mesure de s'occuper de ses soins « très gentiment » et être capable de s'attacher les cheveux en baissant la tête plus qu'en ne levant le bras (cf. procès-verbal d'entretien du 26 février 2014 pp 1 et 2). Pour ces différents motifs, l'appréciation du Dr Y. \_\_\_\_\_ ne peut donc être retenue. S'agissant du Dr S. \_\_\_\_\_, il a essentiellement décrit une situation inchangée « depuis plusieurs années » que ce soit du point de vue du diagnostic, du status, des plaintes ou des limitations fonctionnelles (cf. attestation du 4 mars 2015 et rapport du 1er juin 2015), évoquant à cet égard des restrictions d'usage de l'épaule droite avec une raideur invalidante, respectivement une importante limitation douloureuse de l'élévateur de l'épaule droite avec des douleurs en rotation (cf. rapport du 1er juin 2015 p. 2). Outre que ce médecin n'a guère détaillé ses observations, il ne s'est surtout pas déterminé sur les indices d'utilisation du bras droit mis en lumière par le Dr E. \_\_\_\_\_ et n'a pas davantage fourni d'argument médical concret incitant à douter des conclusions de l'expert. En ce sens, l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ n'est donc pas susceptible de mettre en cause celui de l'expert.

- 37 - Cela étant, d'un point de vue médical, la Cour de céans ne voit aucune raison d'écarter l'appréciation des experts mandatés par A. \_\_\_\_\_ et l'OAI, appréciation témoignant d'une amélioration de l'état de santé physique de la recourante en tous les cas dès le mois d'octobre 2013, avec une pleine exigibilité du point de vue de la capacité de travail – comme l'avaient du reste déjà retenu les Drs F. \_\_\_\_\_ et DD. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 25 avril 2002 p. 16 s.). Quant au rapport de surveillance de X. \_\_\_\_\_ Services, il n'apporte aucun autre élément. Il n'y a donc pas lieu de se prononcer plus avant sur le sujet. cc) La Cour de céans ne peut en outre que rejeter les griefs soulevés par la recourante à l'encontre de l'appréciation médicale des experts mandatés par A. \_\_\_\_\_ et l'OAI. Tout d'abord, il sied de souligner que contrairement à ce qu'a initialement soutenu la recourante, le Dr E. \_\_\_\_\_ n'est pas intervenu en qualité de médecin-conseil d'A. \_\_\_\_\_ (cf. mémoire de recours du 8 octobre 2015 p. 7), mais bien comme expert indépendant. Cela précisé, en tant que la recourante conteste l'indépendance de ce médecin au motif que celui-ci serait très régulièrement mandaté par A. \_\_\_\_\_ (cf. réplique du 23 novembre 2015 p. 2), il y a lieu de relever que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, est régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un

motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). Sur ce plan, l'argumentation de la recourante est donc mal fondée. Peu importe, en outre, que le Dr E. \_\_\_\_\_ n'ait vu l'assurée qu'à une seule reprise alors que le Dr S. \_\_\_\_\_ la suit depuis plus de vingt ans (cf. mémoire de recours du 8 octobre 2015 p. 8). En effet, le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un

- 38 - médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre – moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – et autorisé sur un cas particulier (cf. TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Au surplus, rien ne démontre en l'espèce que le caractère ponctuel de l'expertise aurait exercé une quelconque influence sur le jugement porté par l'expert E. \_\_\_\_\_. Pour le reste, si l'expert E. \_\_\_\_\_ a certes indiqué ne pas pouvoir déterminer clairement les limitations fonctionnelles de l'assurée, il a toutefois précisé que c'était à cause des incohérences et de l'autolimitation constatées lors du status (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 13), respectivement du diagnostic de simulation (cf. rapport complémentaire du 24 avril 2015 p. 2) – soit des facteurs imputables au comportement adopté par la recourante lors de l'expertise. L'intéressée ne saurait donc s'en prévaloir à l'encontre de l'expert (cf. mémoire de recours du 8 octobre 2015 p. 8). A cela s'ajoute que le Dr E. \_\_\_\_\_ a pris position sur la base des pièces médicales et asséurologiques transmises par A. \_\_\_\_\_, de l'examen clinique réalisé le 1er octobre 2013, ainsi que du bilan radiologique apporté par l'assurée lors de cette consultation (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 2), et que ce n'est que dans un second temps qu'il a pris connaissance du rapport de surveillance du 15 octobre 2013 et rédigé un avis complémentaire confirmant ses précédentes conclusions (cf. rapport complémentaire du 7 novembre 2013). On ne peut dès lors prétendre, comme le fait la recourante, que le Dr E. \_\_\_\_\_ se serait prononcé non pas après avoir procédé à un examen médical mais seulement après avoir visionné les images prises par le détective (cf. mémoire de recours du 8 octobre 2015 p. 8), celles-ci n'ayant au final pas influencé l'avis de l'expert mais l'ayant tout au plus conforté dans sa position.

- 39 - Sous un autre angle, c'est à tort que l'assurée écarte le rapport d'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ sous prétexte qu'il ne serait pas déterminant (cf. *ibid.* loc. cit.). Bien au contraire, l'expertise psychiatrique a permis de réfuter toute suspicion de trouble somatoforme douloureux tout en mettant en lumière des indices significatifs en faveur d'une simulation, avec la réalisation de trois critères sur quatre (cf. rapport d'expertise du 9 décembre 2014 pp 14 à 17). Or, c'est notamment sur cette base que, le 24 avril 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation. La recourante ne peut davantage être suivie lorsqu'elle allègue que la conservation de sa musculature au niveau du membre supérieur droit serait due aux séances de physiothérapies suivies auprès de FF. \_\_\_\_\_ (cf. réplique du 23 novembre 2015 p. 2). Il n'est en effet pas concevable que de simples séances de physiothérapies – à raison de deux à trois séances par an selon l'assurée (cf. procès-verbal d'entretien du 26 février 2014 p. 2) – puissent maintenir durant plusieurs années la musculature d'un membre handicapé au même niveau que la musculature d'un membre sain, et cela quelle que soit l'assiduité du patient concerné. De même, la conservation d'une musculature intacte ne saurait être mise sur le compte de spasmes musculaires tels qu'évoqués par Q.C. \_\_\_\_\_ (cf. procès-verbal d'entretien du 26 février 2014), cela

d'autant moins qu'aucun des médecins intervenus n'a rapporté de tels spasmes et que la recourante n'en a notamment pas signalé lors de l'expertise conduite par le Dr E. \_\_\_\_\_, annonçant uniquement des douleurs avec des épisodes de fourmillements et de faiblesses entraînant des lâchages des objets tenus de la main droite (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 p. 5) mais sans mentionner de contractions musculaires. Au demeurant, on relèvera ici que, sous l'angle du principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (cf. ATF 133 V 54 consid. 6 ; cf. TF 9C\_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). Au cas d'espèce, cela signifie notamment que c'est en vain que la recourante se prévaut du

- 40 - jugement cantonal du 18 mai 2006 (cf. mémoire de recours du 8 octobre 2015 p. 9 et réplique du 23 novembre 2015 p. 2 s.), cela d'autant que ce jugement ne tranche que la question du lien de causalité entre les troubles observés et l'accident du 13 juin 1996, sans se prononcer sur l'étendue d'une éventuelle invalidité. c) Il appert au final que l'évaluation médicale faite par les experts E. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ n'est mise en doute par aucun élément au dossier. A cela s'ajoute que les rapports d'expertise en question sont soigneusement élaborés, qu'ils reposent sur des examens complets du dossier médical, qu'ils tiennent compte aussi bien de l'anamnèse que des plaintes de la recourante et qu'ils comportent des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Ils satisfont ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 4c supra). Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que suivre l'OAI pour retenir qu'au plus tard depuis l'examen clinique réalisé par le Dr E. \_\_\_\_\_ en octobre 2013, les troubles du membre supérieur droit ayant initialement justifié l'octroi d'une rente entière d'invalidité ne sont plus donnés et que, dès lors, une entière capacité de travail peut être exigée dans toute activité. Cela étant, il convient d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires – singulièrement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, ainsi que l'audition des Drs S. \_\_\_\_\_, Y. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, de la psychologue FF. \_\_\_\_\_ et de Q.C. \_\_\_\_\_, fils de l'assurée (cf. mémoire de recours du 8 octobre 2015 p. 9 et réplique du 23 novembre 2015 p. 3) – ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

- 41 - d) Partant, c'est donc à juste titre que l'intimé a prononcé la suppression de la rente (cf. art. 17 al. 1 LPGA).

## **E. 6**

à 8). Il apparaît en outre que la recourante demeure correctement intégrée dans l'environnement social, elle qui effectue « [a]près manger, en général » des promenades et des visites de courtoisie avec son époux (cf. procès-verbal d'entretien du 26 février 2014 p. 1), sort faire « de petites courses » et conserve son propre cercle d'amies (cf. rapport d'expertise du 9 décembre 2014 p. 8). Dans ces conditions, il apparaît que la nécessité d'une phase d'aide transitoire n'est pas donnée et qu'il est tout à fait possible à la recourante de mettre à profit sa pleine capacité de travail sur un marché équilibré de l'emploi.

## **E. 7**

Reste à examiner depuis quand la suppression de la rente d'invalidité prend effet. a) En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.201), la diminution ou la suppression de la rente d'invalidité prend effet : (a) au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; (b) rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI. A cet égard, l'art. 77 al. 1 RAI énonce que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Cette disposition réglementaire doit être mise en relation avec l'art. 31 al. 1 LPGA, qui prévoit que l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif ; d'après une

- 43 - jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (cf. ATF 112 V 97 consid. 2a ; cf. TF 9C\_75/2011 du 22 août 2011 consid. 4.2). La correction rétroactive prévue à l'art. 88bis al. 2 let. b RAI ne peut toutefois intervenir que s'il existe un rapport de causalité entre le comportement qui doit être sanctionné (violation de renseigner) et le dommage survenu (prestations touchées à tort). Ainsi, par exemple, seules les rentes perçues à tort jusqu'au moment d'une annonce tardive sont en principe sujettes à restitution (cf. ATF 119 V 431 consid. 2 et 4 ; cf. TF 9C\_185/2009 du 19 août 2009 consid. 4.3). S'il faut par ailleurs admettre qu'une annonce de l'assuré n'aurait rien changé au comportement de l'administration qui disposait déjà des données nécessaires, l'assuré n'est pas tenu de restituer à défaut d'un lien de causalité entre la violation de l'obligation de renseigner et les prestations touchées à tort (cf. Valterio, op. cit., n° 3115 p. 844). b) En l'occurrence, A. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI le 30 janvier 2013 pour lui communiquer ses doutes quant à la persistance des troubles ayant initialement motivé l'octroi de prestations d'assurance. L'office a ensuite été régulièrement tenu au courant des mesures d'investigation entreprises par l'assureur-accidents, auquel il s'est du reste associé pour le mandat d'expertise psychiatrique confié au Dr I. \_\_\_\_\_. Sur la base des informations ainsi récoltées, l'intimé a décidé en 2015 qu'une amélioration de l'état de santé de l'assurée, respectivement l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, pouvait être retenue à partir de l'expertise réalisée en octobre 2013 par le Dr E. \_\_\_\_\_ sur mandat d'A. \_\_\_\_\_. Cela étant, on ne voit pas en quoi une annonce de la part de l'assurée aurait pu modifier la position adoptée par l'OAI. Partant, on ne saurait admettre de lien de causalité entre la violation de l'obligation d'annoncer et les prestations touchées à tort. Il suit de là que la suppression de la rente ne peut pas intervenir rétroactivement au sens de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI et que l'office n'était par conséquent pas fondé à prononcer la suppression de cette prestation à compter du 1er octobre 2013.

- 44 - L'amélioration de l'état de santé retenue ayant perduré au-delà de trois mois sans crainte d'une complication prochaine (cf. art. 88a al. 1 RAI), c'est bien en application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI que la suppression de la rente d'invalidité doit intervenir, autrement dit avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision du 9 septembre 2015, soit au 1er novembre 2015.

a) En conclusion, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité est supprimé avec effet au 1er novembre 2015. b) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre par 200 fr. à la charge de l'OAI et par 200 fr. à celle de la recourante – étant précisé que dans la mesure où cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais mis à sa charge sont provisoirement supportés par l'Etat. La recourante a par ailleurs obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Yvan Henzer (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier ayant toutefois renoncé à faire valoir des honoraires et débours

- 45 - supplémentaires à ceux requis dans le cadre de la procédure parallèle AA 80/15 – 26/2017, il n'y a par conséquent pas lieu de fixer d'indemnité. c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens réduite, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et

## **E. 11**

TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr. à la charge de l'intimé (cf. art. 55 al. 2 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.