

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

M.C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yvan Henzer, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 7, 8 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 88^{bis} al. 2 RAI.

E n f a i t :

A. a) M.C._____ (ci-après : l'assurée), citoyenne suisse d'origine [...] née le [...] 1955, domiciliée en Suisse depuis 1981, mariée et mère de trois enfants aujourd'hui majeurs, a fait l'objet d'une annonce à la Caisse M._____ le 24 juin 1996 puis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 3 novembre 1997, des suites d'un accident de la route avec choc frontal survenu le 13 juin 1996.

Après cet accident, l'intéressée - qui œuvrait depuis 1982 en tant qu'aide de maison auprès de l'Institution U._____ - tentera en vain de reprendre le travail à différentes reprises, la dernière fois en août 1997.

b) Selon les pièces au dossier, l'assurée a été emmenée le jour même de l'accident à l'Hôpital H._____, où elle s'est vu diagnostiquer de multiples contusions et a bénéficié d'un traitement conservateur, avant de regagner son domicile dans la soirée (cf. constat d'accident de la Police municipale de H._____ du 14 juin 1996 et rapport médical initial du Dr N._____ du 27 juin 1996).

L'assurée a ultérieurement consulté le Dr V._____ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui l'a adressée au Dr Z._____, neurologue. Dans un rapport du 11 octobre 1996 consécutif à un examen du même jour, le Dr Z._____ a précisé qu'il avait vu l'assurée le 25 octobre 1994 à la recherche d'une éventuelle neuropathie compressive des troncs médian et cubital à droite, dans le cadre d'une épicondylite droite opérée peu après avec une excellente évolution. S'agissant de l'événement du 13 juin 1996, il a indiqué que le bilan radiologique effectué le jour de l'accident était sans particularité mais que l'assurée avait par la suite présenté des douleurs cervicales importantes, soulagées par le port d'une collerette en mousse et la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens, et qu'en parallèle s'étaient développées des douleurs au niveau de l'épaule et de la hanche droites. Il a exposé qu'actuellement, l'intéressée se plaignait d'une discrète

diminution de la sensibilité au niveau des doigts de la main droite, qu'il y avait subjectivement une diminution globale de la force pour l'ensemble du membre supérieur droit, que la mobilité de l'épaule était néanmoins conservée et que les manœuvres de Valsalva évoquaient une discrète douleur dans la région sus-claviculaire droite. Pour le Dr Z._____, il n'y avait à ce jour aucune altération objective du point de vue clinique et électrophysiologique notamment au niveau du membre supérieur droit.

Aux termes d'un rapport d'arthro-imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite du 1^{er} novembre 1996, le Dr D._____, radiologue, a conclu à une image de lésion du ligament trapézoïde, à une rupture partielle du tendon sus-épineux touchant sa surface inférieure, à une petite zone de désinsertion du bourrelet glénoïdien supérieur ne réalisant pas un véritable SLAP, à une lésion capsulaire au niveau de l'intervalle des rotateurs et à une lésion capsulaire touchant le chef postérieur du ligament gléno-huméral inférieur.

Par rapport du 19 novembre 1996, le Dr S._____, médecin généraliste traitant, a diagnostiqué une lésion complexe tendino-capsulaire de l'épaule droite post-traumatique, respectivement un syndrome douloureux de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

Aux termes d'un rapport du 21 novembre 1996, le Dr V._____ a expliqué qu'il suivait l'assurée depuis le 23 septembre 1996, eu égard à des douleurs de l'épaule, de la fesse et de la main droites faisant suite à l'accident du 13 juin 1996. Il a diagnostiqué chez l'intéressée des lésions traumatiques au niveau de l'intervalle des rotateurs de l'épaule droite, un conflit sous-acromial (acromion de type II) avec déchirure partielle du sus-épineux à l'épaule droite, ainsi qu'une déchirure du ligament trapézoïde (coraco-claviculaire) à droite. Il s'est en outre référé à une prochaine intervention chirurgicale.

Le 26 novembre 1996, le Dr V._____ a pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite, avec acromioplastie arthroscopique, résection de l'extrémité distale de la clavicule, plicature arthroscopique

avec fermeture de l'intervalle des rotateurs de l'épaule droite et refixation du bourrelet antérieur-supérieur et du bourrelet supérieur à l'insertion du long biceps (cf. protocole opératoire du 16 décembre 1996).

Sur recommandation du Dr V._____, et avec l'aval de la Caisse M._____, l'assurée a séjourné du 16 juin au 12 juillet 1997 à l'Etablissement [...] de B._____. Par rapport du 18 juillet 1997, les Drs P._____ et BB._____, respectivement rhumatologue et médecin assistante auprès dudit établissement, ont exposé que ce séjour n'avait entraîné chez l'assurée aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse, ni de la mobilité active de l'épaule. S'il était vrai que la récupération de la mobilité en cas de capsulite rétractile était longue, ces médecins ont toutefois indiqué être déçus du peu d'évolution de la mobilité de l'épaule droite en actif, nonobstant un traitement intensif.

Le 28 août 1997, le Dr V._____ a indiqué à la Caisse M._____ que la mobilité avait peu évolué et qu'un soutien psychologique paraissait souhaitable.

Dans un rapport consécutif à une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 1^{er} octobre 1997, le Dr D._____ a conclu à l'absence de signes d'algodystrophie de la tête humérale et de la capsulite rétractile. Il a par ailleurs observé, en particulier, que le tendon sus-épineux était aminci, devenant même hyperintense en perdant son contour à proximité de son insertion sur le trochiter.

Par rapport du 9 octobre 1997, le Dr V._____ a signalé que la situation était stationnaire (« *statu quo* »), tout en indiquant craindre une exagération des plaintes chez la patiente.

Mandaté expert par la Caisse M._____, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, a établi son rapport le 23 octobre 1997. A titre de diagnostics, il a retenu une périarthrite scapulo-humérale mixte droite de type rétractile séquelle d'une très vraisemblable algoneurodystrophie, des signes cliniques d'un

conflit sous-acromial de l'épaule droite, un status après acromioplastie et résection de la partie distale de la clavicule droite et des douleurs de l'articulation sterno-claviculaire avec discrète tuméfaction locale. Estimant que les troubles étaient très probablement en relation avec l'accident du 13 juin 1996, l'expert T._____ a observé que l'assurée retirait néanmoins un certain bénéfice de l'accident et qu'elle refusait assez catégoriquement les traitements proposés, qui restaient inefficaces ; il a ajouté, à cet égard, qu'une consultation psychiatrique avait été proposée par le Dr V._____. Sur le plan du status, il a plus particulièrement constaté une atrophie généralisée de la musculature de l'épaule droite, sans atrophie significative au niveau du bras ou de l'avant-bras. Selon l'expert, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle de femme de ménage, respectivement de 50% voire plus dans une activité adaptée sans mobilisation du membre supérieur droit (par exemple, surveillance d'une machine ou d'un tapis où passeraient des objets, des fruits ou autres).

Dans un rapport du 18 novembre 1997 faisant suite à une consultation intervenue le 11 novembre précédent, les Drs EE._____ et L._____, respectivement chef de service et médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier [...], ont posé le diagnostic de raideur post-opératoire sévère de l'épaule droite. Ils ont notamment observé une hypotrophie musculaire globale modérée par inutilisation au niveau de l'épaule droite, ainsi qu'une mobilité restreinte. Ils ont précisé que la tendinopathie du sus-épineux constatée à l'IRM ne jouait vraisemblablement pas de rôle dans l'évolution actuelle.

A teneur d'un rapport du 27 novembre 1997 à l'OAI, le Dr S._____ a retenu les diagnostics de raideur sévère de l'épaule sur status après grave traumatisme de l'articulation gléno-humérale et acromio-claviculaire, ainsi que de troubles de l'humeur secondaires de type dépressif. Il a considéré qu'une reprise d'activité comme femme de ménage n'était pas possible et que des mesures de reclassement devaient être entreprises.

Sur mandat de la Caisse M._____, l'assurée a fait l'objet d'une expertise réalisée par le Dr Q._____, psychiatre. Dans son rapport du 25 février 1998, ce dernier a retenu que l'assurée présentait une personnalité à traits (discrets) narcissiques, qu'elle avait un fonctionnement psychique avec suffisamment de ressources pour faire face à des situations difficiles et que, d'un point de vue psychique, la situation actuelle dans sa globalité lui permettait de garder un équilibre qui, somme toute, faisait qu'elle avait une qualité de vie satisfaisante. Cela étant, l'expert a estimé que, sur le plan psychologique, l'assurée était apte à travailler à 100%, la problématique somatique étant par contre réservée.

Agissant en sa qualité d'assureur des prestations de longue durée pour la Caisse M._____, la K._____ Assurances (dont le portefeuille sera ultérieurement repris le Groupe A._____ [dont A._____ [...], ci-après : A._____) a mandaté expert le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a établi son rapport le 21 décembre 1998. Il a posé les diagnostics de raideur douloureuse séquellaire de l'épaule droite, de status après opération complexe de l'épaule droite le 26 novembre 1996, de status après accident de la circulation le 13 juin 1996 avec contusion thoracique et cervico-brachialgies droites, de status après opération d'une épicondylite droite en 1994 et de status après neuropathie irritative du nerf médian droit investiguée en 1994. L'expert a notamment relevé une légère amyotrophie du deltoïde et du rotateur externe de l'épaule droite par rapport à la gauche, sans amyotrophie théranienne ou hyptohéranienne, ni au niveau du premier interosseux dorsal des deux côtés. Il a également constaté une callosité symétrique des deux mains. Le Dr G._____ a en outre considéré qu'une nouvelle intervention chirurgicale au niveau de l'épaule droite devrait être envisagée afin d'en améliorer la fonction. Il a de surcroît estimé que la capacité de travail dans l'activité professionnelle exercée était nulle et qu'un travail théorique utilisant exclusivement le membre supérieur gauche pouvait être envisagé mais serait très difficile à trouver pratiquement.

Aux termes d'un avis du 10 mai 2000, le Dr II._____, du Service médical régional de l'Al (ci-après : le SMR), a considéré que l'assurée présentait une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit empêchant toute activité de celui-ci. Pour le Dr II._____, une activité lucrative sans utilisation du membre supérieur droit était donc raisonnablement exigible en plein.

A teneur d'un rapport du 18 février 2002 consécutif à une arthrographie et arthro-IRM de l'épaule droite, le Dr KK._____, radiologue, a conclu à l'absence de modification par rapport à l'examen du 1^{er} octobre 1997. Il a plus particulièrement évoqué une image de tendinopathie du tendon du sus-épineux, avec un léger amincissement du tendon du long chef du biceps. Il a également mentionné un aspect quelque peu émoussé des bourrelets mais sans lésion récente visible. Il a ajouté qu'il n'y avait pas de signe de capsulite rétractile ou d'algoneurodystrophie de la tête humérale. Il a en revanche signalé une arthrose acromio-claviculaire.

Sur mandat de la K._____ Assurances, l'intéressée a encore fait l'objet d'une nouvelle expertise orthopédique réalisée par les Drs F._____ et DD._____, respectivement médecin chef et médecin assistant à la Clinique universitaire [...] à [...]. Dans leur rapport du 25 avril 2002, les experts ont notamment constaté que l'épaule droite était abaissée sans atrophie musculaire, que la musculature de la ceinture scapulaire était symétriquement développée sans signe d'atrophie musculaire à droite, que les épaules bougeaient librement et symétriquement, mais qu'il existait des douleurs à la mobilisation de l'épaule droite. Ils ont également noté que l'amplitude des mouvements de l'épaule droite était limitée et qu'il y avait une crispation à la mobilisation passive. Quant à la main droite, elle présentait une callosité normale, avec une légère hyperkératose à l'extrémité du pouce. Ils ont ajouté que les examens d'imagerie ne donnaient aucun élément pour une capsulite, mais qu'une telle atteinte ne pourrait toutefois être exclue que par une exploration sous arthroscopie. Les Drs F._____ et DD._____

ont estimé que la capacité de travail était nulle du point de vue des douleurs dont le caractère subjectif ne permettait pas d'envisager un travail ; on ne pouvait en outre raisonnablement pas escompter d'amélioration de la symptomatologie, faute de lésion structurelle visible. En revanche, sur le plan strictement orthopédique, les experts ont retenu qu'il n'existait aucune atteinte de nature à fonder le droit à la rente et que les empêchements allégués par l'assurée dans l'accomplissement des tâches ménagères n'étaient pas non plus explicables. Ils ont précisé que, compte tenu du manque de corrélation morphologique des douleurs, aucune profession ne pouvait être considérée comme contre-indiquée ; de même, l'assurée devait être en mesure d'accomplir ses tâches ménagères, étant précisé que l'on ne pouvait déterminer dans quelle mesure elle en était empêchée en raison de ses douleurs psychosomatiques.

c) Le 30 avril 2002, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} novembre 1997, considérant que l'intéressée avait connu des périodes suivies d'incapacité de travail depuis le 26 novembre 1996, qu'elle présentait une entière incapacité de travail à l'issue du délai d'attente légal d'une année, le 26 novembre 1997, et que le taux d'invalidité qui en résultait était de 83%.

Par décision du 13 décembre 2002 faisant suite au projet précité, l'OAI a fixé le montant des rentes à compter du 1^{er} janvier 2001. Puis, aux termes d'une décision du 20 janvier 2003, le montant des rentes a été arrêté pour la période du 1^{er} novembre 1997 au 31 décembre 2000. L'assurée n'a pas contesté ces décisions.

d) Entre-temps, la Caisse M. _____ ayant initialement pris en charge le cas (indemnités journalières et frais de traitement) avant de mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 décembre 1998 (cf. avis du 11 mai 1999), la K. _____ Assurances a pour sa part décidé, le 12 mai 2000, de refuser d'allouer des prestations de longue durée à l'assurée, ce qu'elle a confirmé sur opposition le 18 novembre 2002.

Ayant porté l'affaire devant le Tribunal cantonal des assurances, l'intéressée a notamment produit un rapport du 5 novembre 2003 de la Dresse R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Cette dernière y relevait notamment que les mobilités en rotation étaient quasi normales, qu'il n'y avait pas de troubles neurologiques objectivables pour la raideur cervicale, le manque de force et les paresthésies dans les mains, que les tests de coiffe étaient négatifs et que les trois IRM de l'épaule droite effectuées étaient toutes aussi normales les unes que les autres

Considérant par jugement du 18 mai 2006 que les troubles somatiques constatés étaient dus à l'accident du 13 juin 1996 et que l'assurée pouvait de ce fait prétendre à des prestations de longue durée de l'assurance-accidents, la juridiction cantonale a admis le recours de l'intéressée, annulé la décision sur opposition rendue le 18 novembre 2002 par la K._____ Assurances et retourné la cause à A._____ pour nouvelle décision concernant l'ampleur des prestations dues (cf. TASS AA 15/03 - 66/2006).

Par décision du 9 octobre 2007, A._____ a conséquemment procédé au calcul de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents due à l'intéressée à compter du 1^{er} janvier 2001, sur la base d'un taux d'invalidité de 83%. Elle lui a également alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'580 francs.

B. Dans l'intervalle, le 1^{er} avril 2005, l'OAI a initié une procédure de révision d'office du droit à la rente.

Aux termes d'un rapport du 16 juin 2005, le Dr S._____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de capsulite rétractile douloureuse de l'épaule droite. Il a indiqué qu'il n'y avait pas d'évolution sur le plan médical et que la capacité de travail, dans ces conditions, lui paraissait inchangée. Dans une annexe à son rapport, il a ajouté que l'exercice d'une autre activité n'était pas exigible, étant précisé

que la situation était actuellement fixée et la récupération d'une activité lucrative compromise.

Par communication du 21 septembre 2005, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'alors, sur la base d'un degré d'invalidité de 83%.

C L'OAI a mis sur pied une nouvelle procédure de révision d'office du droit à la rente le 14 octobre 2010.

Dans un compte-rendu du 23 février 2011, le Dr S._____ a retenu le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de séquelles de capsulite rétractile de l'épaule droite. Il a ajouté que la situation était stationnaire, avec une très importante limitation à l'élévation de l'épaule droite, ainsi que des douleurs en rotation. Il a également noté une importante impotence fonctionnelle pour les gestes de la vie quotidienne.

Par communication du 8 mars 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de la même rente, fondée sur un degré d'invalidité de 83%.

D. Aux termes d'une correspondance du 30 janvier 2013, A._____ a informé l'OAI que le Dr S._____ avait été interpellé dans le cadre d'une procédure de révision de rente et qu'à la lecture du rapport établi par ce praticien le 26 octobre 2012, le médecin-conseil de l'assurance était d'avis que la mobilité de l'épaule droite s'était améliorée de manière significative et qu'il serait intéressant de tester la capacité de travail de l'assurée. En annexe à ce courrier figurait le rapport susdit du Dr S._____, dans lequel ce dernier signalait la persistance de douleurs invalidantes de l'épaule droite avec impotence fonctionnelle, respectivement des douleurs quotidiennes à l'élévation du bras droit, en rotation et en position couchée. Il précisait en outre que l'examen clinique concordait avec les plaintes et qu'aucune amélioration notable de l'état de santé ne pouvait être atteinte. Quant aux fonctions de l'articulation de l'épaule, elles étaient les suivantes :

Articulation de l'épaule	gauche	droite
abduction, adduction (élévation latérale)	180° - 0	110° - 0
antépulsion, rétropulsion	-10 - 0 - 140	0 - 0 - 100
rotation Intérieure, extérieure	-30 - 9 - 15	30(144) - 10(36)
antépulsion, rétropulsion horizontales	120 - 0 - 20	90 - 0 - 6
rotation en abduction	30 - 0 - 80	15 - 0 - 10

Ultérieurement, le 31 mai 2013, un inspecteur des sinistres d'A._____ s'est entretenu avec l'assurée et son époux, au domicile du couple. Du rapport établi à la suite de cet entretien, on extrait notamment ce qui suit :

"L'assurée est habituellement suivie par le Dr S._____, médecin interne à [...].

La dernière consultation a eu lieu dans le courant du mois de février 2013. Une visite de contrôle ultérieure n'est pas prévue. Mme M.C._____ consulte le Dr S._____ de manière épisodique et au gré des besoins, soit env. 3 à 4 fois par année.

L'assurée suit un traitement de physiothérapie également en fonction des besoins. Elle se rend 1 fois par année en [...] afin de suivre une cure de bains thermaux et de fangos, dont elle assume elle-même les frais.

Mme M.C._____ ne relève aucune amélioration de la mobilité du MSD.

Elle dit utiliser de plus en plus la main gauche pour la plupart des actes de la vie quotidienne.

Elle bénéficie de l'aide de son mari et de ses enfants pour la tenue du ménage.

Mme M.C._____ se plaint d'un important manque de force dans le bras droit, avec des sensations de lâchages, au point qu'elle doit s'aider de la main gauche pour soulever ne serait-ce qu'une tasse ou un verre d'eau. Ce fait n'a toutefois pas été observé lors de l'entretien, lorsque Mme M.C._____ nous a aimablement servi une carafe d'eau.

Les douleurs sont décrites comme inchangées. Sensibilité accrue au[x] variations météorologiques.

Sommeil perturbé.

La conduite d'une voiture est possible sur de courts trajets. Mme M.C._____ dit toutefois utiliser principalement les transports publics."

E. Le 5 février 2013, l'OAI a entamé une troisième procédure de révision d'office du droit à la rente.

Interpellé, le Dr S._____ a indiqué dans un rapport du 25 juillet 2013 que la situation était inchangée depuis son dernier compte-rendu de 2011.

Par communication du 31 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de la même rente que précédemment, fondée sur un degré d'invalidité de 83%.

F. Mandaté expert par A._____, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi son rapport le 11 octobre 2013. Il en résulte notamment ce qui suit :

"Plainte lors de la consultation

Les plaintes sont inchangées, c'est-à-dire des douleurs constantes de l'épaule droite, diurnes, nocturnes, occasionnellement insomniantes, les douleurs irradiant dans le bras droit, jusque dans la main, avec des épisodes de fourmillements de la main, des faiblesses, entraînant des lâchages de ce qu'elle tient dans sa main. Ces douleurs, quotidiennes, sont calmées par les anti-inflammatoires.

Elle déclare prendre 1-2 cp de Dafalgan par jour, tous les jours, et du Mydocalm 2x par jour. Elle confirme prendre le Mydocalm deux fois par jour, après demande de précision.

Elle ne peut plus utiliser son bras droit, ne peut plus passer l'aspirateur, plus faire le repassage, très difficilement son ménage, a beaucoup de peine à couper des légumes. Elle est aidée par son mari de même que par ses filles. Assurée droitrière.

Elle fait occasionnellement de la physiothérapie chez Mme JJ._____ à [...]. Ces séances de physiothérapie consistent en des « ampoules qui lui illuminent l'épaule droite », suivies de massages, et de fangos. Elle prend en charge également à ses frais un à deux séjours de balnéothérapie, en [...].

[...]

Sur le plan orthopédique dirigé

[...]

Concernant les membres supérieurs, dessins et contours des épaules conservés. Très discrète amyotrophie de la musculature du deltoïde droit par rapport à gauche, sans atrophie des masses musculaires des loges sus et sous-épineuses, du grand dentelé et du petit rond. [...]

[...]

Concernant les mains, excellente tonicité et trophicité de la masse musculaire thénarienne et hypothénarienne des deux côtés. Un petit peu plus marquée à droite. Callosités palmaires, particulièrement au niveau de la 3^{ème} mais surtout de la 4^{ème} MP des deux côtés, marquées, parfaitement symétriques, en arrière des bagues portées aux deux annulaires. [...]

[...]

Appréciation du cas et diagnostics

[...]

En date de l'expertise, les plaintes sont identiques à celles décrites précédemment au médecin traitant et à l'inspecteur de sinistre. Elle ne décrit aucune amélioration, et déclare être constamment gênée.

Je suis frappé par un status dans les limites de la norme à part une restriction de la mobilité active et passive, largement en-dessous de l'horizontale, alors que les amplitudes articulaires décrites par le médecin traitant en octobre 2012 montrent des valeurs d'adduction à 110° (60° à ma consultation), une antépulsion à 100° (70° à ma consultation). Je n'ai pas pu obtenir de rotation externe de l'épaule droite passivement ou activement de plus de 10°, alors qu'elles sont présentes chez le médecin traitant le Dr. S. _____ et qu'elles étaient pratiquement normales dans le rapport de la Dr. R. _____ dix ans plus tôt.

Parallèlement à la péjoration de ses valeurs de mobilité active et passive, je suis frappé par la conservation d'une excellente musculature brachiale et antébrachiale, de même que thénarienne et hypothénarienne, contrastant totalement avec la quasi impossibilité d'utiliser son bras droit et sa main droite, en raison des douleurs. Les valeurs mesurées au Jamar et au Pinch à droite sont quasi celles d'une main paralytique, contrastant avec la poignée de main qu'elle me donne, le fait qu'elle porte son sac pour le passer de la main droite à la main gauche, et enfin la présence de callosités à l'intérieur de sa main droite, en particulier au niveau de la face palmaire de la 3^{ème} tête métatarsienne, en arrière de sa bague, témoignant d'une bonne utilisation de sa main droite.

Il y a clairement une autolimitation lors de l'expertise, des incohérences manifestes et massives entre les plaintes de non utilisation et de douleurs, et une certaine réalité fonctionnelle d'utilisation de son membre supérieur droit.

Je rejoins donc l'avis qui avait été donné par le Pr. F. _____, de l'intérêt de la mesure de la mobilité passive de l'épaule droite sous narcose.

Il existe une ankylose séquellaire de l'épaule droite, qui est certaine mais j'ai de la peine à expliquer l'importance de cette dernière et surtout ses douleurs dans le cadre d'un status clinique et d'une IRM somme toute dans les limites de la norme pour l'âge.

[...]

Question 6 : Diagnostics ?

- Contusion de l'épaule droite, avec possible lésion du tendon du sus-épineux et probable désinsertion partielle du bourrelet antérosupérieur de l'épaule droite.
- Probable capsulite rétractile ou arthrofibrose postopératoire après chirurgie arthroscopique de l'épaule droite.
- Suspicion de syndrome somatoforme douloureux persistant à investiguer par un psychiatre.

Question 7 : Quelles sont les limitations actuelles ?

Il m'est impossible de déterminer clairement actuellement les limitations actuelles compte tenu des incohérences et de l'autolimitation constatées lors du status.

Question 8 : Y a-t-il eu une amélioration de l'état de santé ? Et si oui, laquelle ?

Anamnestiquement pas, et au vu de ma réponse à la question 7, il ne m'est pas possible de répondre."

Ayant par ailleurs mandaté un enquêteur privé -X. _____ Services - le 10 septembre 2013 afin de procéder à une observation de l'assurée, A. _____ a écrit au Dr E. _____ le 4 novembre 2013 pour l'inviter à se prononcer sur le rapport de surveillance y relatif, daté du 15 octobre 2013, auquel était joints des photographies et des extraits vidéos. Par avis complémentaire du 7 novembre 2013, l'expert s'est déterminé comme suit :

"A votre demande, j'ai pris connaissance de votre demande complémentaire concernant Madame M.C. _____, née le [...] 1955, événement du 13 juin 1996.

J'ai donc pris connaissance en date du 7 novembre 2013, du rapport d'observation de X. _____ Services concernant Madame M.C. _____ du 10 septembre 2013 [sic], soit antérieurement à mon rapport d'expertise rendu le 11 octobre 2013.

Ce document a confirmé le fait que Madame M.C. _____ utilise son b[r]as droit, et plus particulièrement sa main droite, comme mes consta[tat]ions d'expertise l'ont mentionn[é].

Je ne puis que vous rappeler que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux chronique comprend un certain nombre de diagnostic[s], qui doivent être précisés par le psychiatre, raison pour laquelle je vous propose une expertise psychiatrique à faire par un psychiatre expert SIM évidemment."

En date du 26 février 2014 a eu lieu un entretien entre l'assurée, son fils Q.C. _____ et un collaborateur d'A. _____, lors duquel l'intéressée a été invitée à s'exprimer sur le rapport d'expertise du Dr E. _____, ainsi que sur la surveillance dont elle avait fait l'objet. On extrait notamment ce qui suit des déclarations émises par l'assurée quant aux constatations de l'expert orthopédiste :

"[...]

A la page 5, vous précisez au Dr E. _____ ne plus être capable d'utiliser votre bras droit. Pouvez-vous nous précisez ces limitations :

Tout ce que je ne peux pas faire c'est mon mari et mes enfants qui le font. Par exemple je ne peux pas fouetter les œufs.

M. Q.C. _____ [...] mentionne que la bonne question serait plutôt de savoir ce que sa mère peut faire :

- Je vous explique une journée normale. Le matin au lev[é] j'ai de la peine, je suis bloquée dans le dos. Je prépare mon café, je me laisse le temps de préparer mon corps au réveil pour le mettre en route et je vais gentiment dans ma journée. Quand je sens que je peux bouger mon corps je prends ma douche. Je m'habille aussi lentement, je fais tout gentiment.

Mon époux fait à manger. Cela fait longtemps que je ne fais plus à manger.

(M. Q.C. _____ explique que cela fait longtemps que sa mère n'a pas fait à manger et qu'il est devenu autonome rapidement).

Je m'occupe de mes soins par contre je dois le faire très gentiment.

Après manger, en général, avec mon mari on va se promener, voir des amis. Si je ne suis pas bien, je me couche. Vous me demandez ce qui fait que je ne me sens pas bien des jours, je ne peux pas le définir. Le temps n'a pas de conséquence sur mes maux. Des fois la nuit, j'ai des fourmis dans mes bras et cela me réveille. Je vais au salon et je prends mes médicaments. Je prends de l'Ecofenac CR75, Mydocalm et des Dafalgan. Je prends également lorsque je n'arrive pas à dormir du Somnium 50. Mon médecin m'a conseillé [de] ne pas prendre régulièrement le Somnium pour ne pas habituer le corps. Je me suis stabilisé de vivre comme ça et j'accepte de vivre avec ma famille et qu'on s'occupe de moi. C'est dur d'accepter tout cela. J'étais une femme dynamique et du jour au lendemain je ne pouvais plus rien faire.

(M. Q.C. _____ : explique qu'il avait 11 ans lorsque sa mère a eu l'accident. Il dit l'avoir vu devenir un légume et que c'est dur pour lui).

A la page 11, le Dr E. _____ "est frappé par la conservation d'une excellente musculature" ce qui contraste totalement avec la quasi

impossibilité d'utiliser votre bras. Voulez-vous vous exprime[r] sur cette constatation ?

Je suis comme ça et j'ai toujours été comme ça. Je suis maigre et ne peux pas l'expliquer. Vous m'expliquez qu'en fait cela n'a rien à voir avec ma corpulence mais en rapport direct avec la musculature de mon bras droit et des consta[ta]tions objecti[ves] des tests faits par le Dr E._____.

Je fais de la physio 2 à 3 fois par année à [...], et lorsque je me trouve en [...] je profite de faire des séances régulières sur les 2 à 3 semaines de séjour, soit tous les jours. Je fais des bains de boue, je vais au[x] bains thermaux. Je pense que c'est cela qui fait que je maintiens ma musculature.

(M. Q.C._____ explique que sa mère a des spasmes et que s'agissant de contractions musculaires il n'est pas impossible que le muscle en se contractant se maintient).

A la page 13, question 7, quelles sont les limitations actuelles, le Dr E._____ répond [...] "Il m'est impossible de déterminer clairement les limitations actuelles compte tenu des incohérences et de l'autolimitation constatées lors du status". Que répondez-vous ?

Je n'arrive pas à comprendre ce que cela veut dire, pourquoi il dit que c'est impossible. Je suis étonnée qu'il ait dit ça.

M. Q.C._____ : En rapport avec les incohérences, si on doit juger la musculature de ma mère, il faudrait assister avec elle à une journée pour vous rendre compte de ses limitations. C'est difficile à juger par des mots.

Ce que l'on peut dire c'est que le jour de l'expertise ma mère n'était peut-être pas bien.

Je dois vous expliquer aussi que des jours, je ne peux porter une assiette sans la casser et d'autres jours cela se passe bien. Souvent pour éviter la casse, je prends l'assiette à 2 mains et lorsque je bois mon café, je l'approche avec mes deux mains à la bouche. C'est vraiment les rares tâches que je peux effectuer. Je m'attache les cheveux en baissant la tête plus qu'à ne lever le bras.

[...]"

Un mandat d'expertise a également été confié par A._____ - ultérieurement avec la participation de l'OAI, suite à un avis du 21 août 2014 du Dr LL._____, du Service médical régional de l'AI - au Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 9 décembre 2014, l'expert a conclu à l'absence de signes et symptômes psychiatriques atteignant le seuil diagnostique d'un trouble mental des ouvrages diagnostiques de référence. Il a plus particulièrement observé ce qui suit :

"En conclusion, il est aujourd'hui justifié d'exclure une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble de conversion et un trouble factice. Avec trois critères sur quatre, on

est en droit de suspecter la simulation, au vu de ce que constatent les derniers experts orthopédistes.

Le médecin psychiatre n'a quant à lui pas d'explication médicale à donner aux plaintes de douleurs et de limitations de l'intéressée pour ce qui relève de sa spécialité. Il n'y en a jamais eues, compte tenu de ce qu'a déjà établi l'expertise Q._____ du 25.02.1998."

Dans un rapport complémentaire du 24 avril 2015, le Dr E._____ a retenu en substance 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.

G. Entre-temps, le 13 février 2015, l'OAI a entamé d'office une nouvelle procédure de révision du droit à la rente.

Par envoi du 16 mars 2015, l'assurée a notamment produit les documents suivants :

- un rapport (non daté) du Dr O._____, radiologue, faisant suite à une IRM de l'épaule droite effectuée le 10 février 2015, dont les conclusions étaient rédigées en ces termes :

"Rétrécissement modéré à marqué de l'espace sous-acromial par des remaniements dégénératifs de l'acromio-claviculaire et une bursite sous-acromio-deltoidienne.

Tendinopathie modérée du sus-épineux avec un foyer de déchirure partielle à la jonction musculo-tendineuse intéressant moins de la moitié de son épaisseur.

Tendinopathie modérée du sous-épineux avec un foyer de rupture partielle au niveau de sa surface articulaire intéressant la moitié de son épaisseur.

Amyotrophie de grade II à III du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond.

Chondropathie gléno-humérale de stade II."

- une attestation du 20 février 2015 du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, exposant en particulier ce qui suit :

"[...] Actuellement, j'ai constaté une ankylose et impotence fonctionnelle quasi complète de l'articulation scapulo-humérale droite, associée à une importante amyotrophie de la ceinture scapulaire à droite, confirmée également lors de l'examen par IRM, du 10.02.2015.

La patiente est par exemple incapable de se brosser les dents, de se coiffer ou de se laver et similaire avec la main droite. Vu l'importance de l'impotence fonctionnelle, qui résiste à une mobilisation manuelle, on ne peut pas s'attendre à un moyen de traitement efficace. Par contre je n'ai pas l'impression qu'il existe dans ce processus un syndrome somatoforme."

Dans un rapport du 1^{er} juin 2015, le Dr S. _____ a indiqué qu'il n'y avait pas de modification des plaintes ou du status et que les symptômes actuels consistaient en une épaule droite douloureuse post-traumatique avec raideur invalidante. Sur le plan diagnostique, il a retenu des séquelles de traumatisme de l'épaule droite et de capsulite rétractile. Il a ajouté que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle et que la patiente présentait une importante limitation douloureuse de l'élévateur de l'épaule droite, ainsi que des douleurs en rotation.

Par décision du 23 juin 2015, l'OAI a prononcé, par voie de mesures préprovisionnelles, la suspension de la rente de l'assurée avec effet au 30 juin 2015. Le recours qu'introduira l'assurée contre cette décision n'aboutira pas (cf. CASSO AI 201/15 - 270/2015 du 9 octobre 2015).

Le 2 juillet 2015, l'assurée a notamment transmis à l'OAI l'attestation suivante, émise le 4 mars 2015 par le Dr S. _____ :

"Comme déjà attesté à plusieurs reprises, je confirme que Mme M.C. _____ est suivie à notre consultation depuis 1992, date à laquelle elle travaillait sans restriction comme employée dans le service d'entretien de l'Institution U. _____. Sa santé était par ailleurs excellente sans traitement régulier.

Elle a subi en 1996 un accident de la circulation avec d'importantes contusions et un traumatisme de l'épaule droite nécessitant plusieurs interventions, détaillées dans les rapports médicaux du dossier. Elle a dû, dès lors, interrompre son travail définitivement, en raison d'un handicap fonctionnel et douloureux de l'épaule droite, reconnu comme responsable d'une invalidité définitive. Depuis lors Mme M.C. _____ se plaint de douleurs quotidiennes de l'épaule, de limitation de mouvements notamment

pour l'élévation de son MSD dans les activités de la vie quotidienne. Elle doit se faire aider pour certaines tâches dans son ménage. Elle est contrainte de consommer quotidiennement des analgésiques et des anti-inflammatoires pour maîtriser les douleurs.

Une récente expertise psychiatrique a démontré que Mme M.C._____ ne présentait pas d'atteinte sur le plan psychiatrique et qu'il n'existait qu'une atteinte somatique, résiduelle à l'accident.

Récemment cette atteinte à la santé a été remise en question par l'Assurance A._____ de qui Mme M.C._____ reçoit une rente. Je peux attester que la situation ne s'est pas modifiée depuis de nombreuses années et que Mme M.C._____ présente toujours les mêmes symptômes douloureux ainsi que la même limitation fonctionnelle. Le diagnostic, à mon sens, n'a pas changé et la situation n'évolue pas favorablement sur le plan des douleurs et de la mobilité."

Le 10 juillet 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer la rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2013, considérant en résumé que, selon les conclusions de l'expert E._____, les résultats de la surveillance mise en œuvre par X._____ Services et l'appréciation de l'expert I._____, les atteintes qui avaient justifié l'octroi d'une rente n'étaient plus présentes.

L'assurée a fait valoir ses objections le 29 juillet 2015, soutenant pour l'essentiel que son état de santé n'avait pas évolué depuis le jugement cantonal du 18 mai 2006.

Par décision du 9 septembre 2015, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2013 et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Dans sa motivation, l'office a notamment retenu ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Vous êtes au bénéfice d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 87% [recte : 83%] depuis novembre 1997, en raison de séquelles post-traumatiques douloureuses de l'épaule droite.

En 2013, à l'occasion d'une révision de vos prestations, votre assureur-accident, la A._____, a procédé à un réexamen de votre dossier médical.

Une première expertise orthopédique a été mise en œuvre auprès du Dr E._____, dont il ressort des conclusions du rapport du 1^{er}

octobre 2013 qu' « il y a clairement une autolimitation lors de l'expertise, des incohérences manifestes et massives entre les plaintes de non utilisation et de douleurs, et une certaine réalité fonctionnelle d'utilisation de son membre supérieur droit. »[.]

Par ailleurs, votre assureur-accident, confronté aux conclusions de l'expert E._____, a entrepris de vous faire suivre par un détective privé. Les images ainsi obtenues confirment, selon les dires de l'expert, que vous utilisez votre bras et votre main droit[s].

Afin de compléter l'instruction de votre dossier, une expertise psychiatrique, confiée au Dr I._____, a été mise en œuvre conjointement par l'assurance-invalidité et l'A._____. Les conclusions de l'expert, datées du 9 décembre 2014, ne mettent en évidence aucune atteinte psychiatrique permettant d'expliquer une majoration de symptômes physiques, un trouble somatoforme douloureux, un trouble de conversion ou un trouble factice. Bien plus, l'expert indique qu'on est en droit de suspecter la simulation.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les atteintes qui ont justifié l'octroi d'une rente en 1997 ne sont plus présentes, que votre état de santé s'est amélioré à une date indéterminée, mais au plus tard en octobre 2013, lorsque l'expert E._____ a pour la première fois suspecté une autolimitation. Une capacité de travail de 100% peut donc raisonnablement être exigée de vous dans toute activité, et vous ne présentez donc plus de perte économique et donc plus d'invalidité au sens de la loi.

Nous nous référons expressément à notre courrier explicatif de ce jour, lequel fait partie intégrante de la présente décision.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La rente est supprimée avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2013.

Les prestations indûment perçues, d'un montant de CHF 40'116.-, doivent être restituées (art. 25 LPGA). Vous recevrez une décision séparée à ce sujet."

De la lettre explicative envoyée le même jour par l'OAI à l'assurée, on extrait en particulier ce qui suit :

"En ce qui concerne l'assurance-invalidité, vous avez été mise au bénéfice, par décisions des 13 décembre 2002 et 20 janvier 2003, d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 1997. La notification desdites décisions n'a donné lieu à aucun litige.

Le droit à une rente entière a été reconnu sur le constat selon lequel votre membre supérieur droit souffrait d'une impotence fonctionnelle pour ainsi dire totale, interdisant toute activité impliquant son usage, [...].

Dès juillet 2014, de nouveaux éléments ont été portés à notre connaissance. Outre le fait que vous avez été observée par un détective (rapport du 15 octobre 2013), des expertises orthopédique (rapport du 7 novembre 2013) et psychiatrique (rapport du 9 décembre 2014) ont été réalisées. C'est sur la base des conclusions de ceux-ci que le projet de décision dont il est ici question a été rendu, et c'est précisément le grief qui nous est fait.

Nous relevons avant tout que ces investigations ont été ordonnées après que le Dr S._____, médecin-traitant, ait relevé une amélioration des amplitudes de l'épaule droite (rapport du 26 octobre 2012), alors que vous mainteniez ne pas avoir bénéficié d'une quelconque amélioration en termes de mobilité du bras droit et que votre main droite restait inutilisée, bien que le contraire ait pu être observé par un collaborateur de l'assureur LAA (visite de courtoisie du 31 mai 2013).

Les observations de la société X._____ Services ont permis de confirmer que le membre supérieur n'était plus fixé et inutilisé, contrairement à ce que vous aviez pu avancer. [...]

Afin de compléter l'instruction du cas, sous l'angle médical cette fois, deux experts indépendants ont été sollicités.

Le premier, le Dr E._____ orthopédiste, a dû compter avec votre comportement lors de son examen. Bien qu'il ait pris note de vos déclarations selon lesquelles votre bras droit resterait inutilisable, il a été forcé de constater que vous aviez conservé votre musculature et que votre main droite présentait des callosités. Les tests de force et de mobilité ont donné des résultats incohérents. L'expert a donc conclu en ce sens que vous vous étiez auto-limitée, soit que les résultats des tests ne reflètent pas votre potentiel, mais uniquement ce que vous consentez à donner à voir. Après avoir pris connaissance du résultat des observations, ce praticien a confirmé l'utilisation du membre supérieur droit qu'il soupçonnait et a conclu à une capacité de travail totale.

En outre, il importe de souligner l'importance du rôle de l'expertise psychiatrique. L'intérêt de cette démarche était de déterminer si une pathologie de ce registre pouvait expliquer les incohérences du tableau somatique, tel un trouble somatoforme douloureux ou encore un trouble de conversion. L'expert I._____ a en l'espèce non seulement conclu [à] l'absence de pathologie psychiatrique, mais a également posé que la seule hypothèse ouverte pour expliquer les troubles présentés était la simulation.

En ce qui concerne les médecins traitant, nous constatons que si leurs rapports du 20 février 2015 (D[r] Y._____) et 4 mars 2015 (Dr S._____) décrivent une appréciation de la situation qui diverge de celle des experts -en particulier du Dr E._____, ils n'exposent pas d'élément objectif occulté par ces derniers susceptible d'invalider leurs conclusions. Dans ces conditions, leur point de vue ne saurait prévaloir sur ceux d'experts au sens de l'art. 44 LPGA.

Compte tenu de ce qui précède, nous considérons que vos objections ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé du projet de décision du 10 juillet 2015. Sa teneur est donc

confirmée dans une décision formelle qui vous est notifiée parallèlement à la présente."

H. Dans l'intervalle, par décision du 26 mai 2015 confirmée sur opposition le 31 juillet 2015, A._____ a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée avec effet au 1^{er} juin 2015.

L'assurée a déféré l'affaire le 18 août 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AA 80/15).

I. Agissant par l'entremise de son conseil, M.C._____ a recouru le 8 octobre 2015 devant la Cour de céans à l'encontre de la décision de suppression de rente rendue le 9 septembre 2015 par l'OAI, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation. A titre liminaire, elle requiert la restitution de l'effet suspensif. Elle sollicite en outre la mise en œuvre d'une expertise médicale et l'audition comme témoins des Drs S._____, Y._____ et O._____, ainsi que de la physiothérapeute FF._____. Elle demande de surcroît à ce que la présente cause soit jointe avec celle enregistrée sous n° AA 80/15, à tout le moins que les mesures d'instruction requises soient menées conjointement. Sur le fond, la recourante fait valoir en substance que faute de changements importants des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, la rente litigieuse ne pouvait pas être supprimée. Elle relève en particulier que la surveillance effectuée par le détective privé mandaté par A._____ n'établit pas qu'elle pourrait faire usage de son bras droit dans le cadre d'une activité professionnelle. Elle estime en outre que les constatations convergentes des Drs S._____, Y._____ et O._____, confirmées par la physiothérapeute FF._____, doivent être préférées aux conclusions du Dr E._____, « médecin-conseil » de l'assurance-accidents. Elle relève d'une part que ce dernier ne l'a vue qu'à une seule reprise, alors que le Dr S._____ la suit depuis plus de vingt ans. Elle soutient d'autre part que l'avis du Dr E._____ doit être écarté dès lors qu'il s'est montré incapable de déterminer les limitations fonctionnelles, qu'il s'est prononcé non pas sur la base de données médicales mais sur le vu d'images vidéos filmées par le détective d'A._____, que son opinion est contredite par celle des Drs S._____, Y._____ et O._____ comme de la physiothérapeute

FF._____, et qu'il n'apporte aucun élément nouveau. Elle ajoute que même si le Dr E._____ retient une autolimitation, la Dresse R._____ avait déjà observé des valeurs de rotation externe de l'épaule pratiquement normales, ce qui n'avait pas empêché les juges cantonaux de statuer en sa faveur. L'assurée soutient en outre que l'avis du Dr I._____ n'est pas déterminant puisqu'elle ne s'est jamais plaintes de troubles psychiques.

En annexe à son recours, M.C._____ produit un onglet de pièces comportant notamment un compte-rendu établi le 22 septembre 2014 par la physiothérapeute FF._____, libellé comme suit :

"Mme M.C._____ m'a été adressée pour la première fois en décembre 2001 par le Dr S._____, son médecin traitant, pour un traitement de physiothérapie.

La région à traiter concernait l'épaule droite avec des demandes thérapeutiques de prise en charge:

- de la douleur (épaule très algique)
 - de la mobilité (gléno-humérale/clavicule/omoplate)
 - du renforcement musculaire (membre supérieur droit et colonne cervicale)
- et également
- du retour/maintien des Activités de la Vie Quotidienne, bien limitées à l'époque.

La prescription faisait mention d'un accident de voiture.

[...]

Malgré toutes ces années de travail avec Mme M.C._____, patiente très collaborante et consciencieuse, je constate qu'actuellement la situation de son épaule droite présente toujours des douleurs et des insuffisances de mobilité. La vie de Mme M.C._____ est toujours perturbée par les suites de cet accident."

A la suite d'une requête présentée le 13 octobre 2015, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante en date du 14 octobre 2015, avec effet au 8 octobre 2015, et désigné Me Yvan Henzer en tant qu'avocat d'office.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 3 novembre 2015. Il estime en particulier qu'au regard des incohérences constatées par les experts E._____ et I._____

et qu'au vu de la discordance entre les allégations de la recourante et son comportement lorsqu'elle est observée, cette dernière ne pouvait qu'être consciente de l'amélioration de son état de santé. Cet élément n'ayant pas été spontanément annoncé, l'OAI retient dès lors que l'assurée n'a pas respecté son obligation de renseigner et que la suppression de la rente avec effet rétroactif est donc légitime.

Dans sa réplique du 23 novembre 2015, la recourante a confirmé ses conclusions et réquisitions, sollicitant de surcroît l'audition de son fils Q.C._____. Elle se prévaut en particulier de l'avis du Dr S._____, qui atteste qu'il n'y a absolument aucune amélioration de son état de santé. Elle renouvelle en outre ses griefs à l'encontre de l'appréciation du Dr E._____; concernant plus spécifiquement les observations de ce médecin quant à sa musculature ou aux callosités de sa main droite, elle soutient que l'on ne peut pas exclure que le suivi dispensé par la physiothérapeute FF._____ en soit à l'origine. Elle soutient par ailleurs que le Dr E._____ est régulièrement mandaté par A._____ et conteste, dès lors, l'indépendance de ce médecin. Elle ajoute que, lors du jugement de 2006, les experts intervenus avaient pu constater qu'elle employait « *très modestement* » sa main droite et n'en avaient pas moins conclu - à l'exception du Dr G._____ - à une incapacité de gain. A l'appui de ses dires, elle produit copie des rapports établis par le Dr S._____ les 23 février 2011, 25 juillet 2013 et 1^{er} juin 2015.

Dupliquant le 14 décembre 2015, l'intimé a maintenu sa position.

Par avis du 24 février 2016, la juge instructeur a informé les parties de l'édition du dossier de l'assureur-accidents - dont les pièces principales ont été prises en compte ci-dessus - et les a conséquemment invitées à se déterminer. Dans ce contexte, l'OAI a confirmé son appréciation le 15 avril 2016.

Par ordonnance du 6 mai 2016, la juge instructeur a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif.

J. Saisie d'un recours à l'encontre d'une décision de l'OAI du 1^{er} octobre 2015 réclamant à l'assurée la restitution d'un montant de 42'032 correspondant aux prestations versées à tort (AI 289/15), la juge instructeur a suspendu cette procédure le 15 décembre 2015 jusqu'à droit connu sur la présente affaire.

K. Parallèlement, une enquête pénale sera ouverte contre l'assurée pour escroquerie, en lien avec la perception induue de prestations AI. Cette procédure sera suspendue par ordonnance du 10 mai 2016, jusqu'à droit connu sur la demande d'expertise judiciaire formulée par l'intéressée devant la Cour de céans.

L. Par arrêt rendu ce jour (AA 80/15 - 26/2017), la Cour de céans a rejeté le recours introduit contre la décision sur opposition rendue le 31 juillet 2015 par A._____.

E n d r o i t :

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).

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).

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 1^{er} octobre 2013.

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.

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 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

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).

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%.

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).

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).

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'impuissance fonctionnelle qui frappait son membre supérieur droit et empêchait toute activité impliquant l'usage de celui-ci (cf. avis médical SMR du Dr H. _____ 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

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 1^{er} 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 hypothénarienne, 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 3^e 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

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.

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

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-deltaïdienne, 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 1^{er} 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 1^{er} 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-

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

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 1^{er} 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 1^{er} 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.

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

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 asséculoologiques transmises par A._____, de l'examen clinique réalisé le 1^{er} 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.

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 d'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

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).

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

6. a) Bien que ce point n'ait pas été invoqué par les parties, il sied de relever à ce stade que, selon la jurisprudence, il existe des situations dans lesquelles des mesures d'ordre professionnel doivent être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression – par révision (cf. art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) – du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Le point de savoir si ces critères sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (cf. ATF 141 V 5 consid. 4).

Même si les critères susdits sont remplis, cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération. Il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (cf. TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). De telles exceptions ont déjà été reconnues lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel, ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social (cf. TF 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1 et les références citées).

b) En l'espèce, il est constant que la recourante, née en 1955, percevait une rente entière d'invalidité depuis plus de quinze ans lors du prononcé de la décision de suppression litigieuse, le 9 septembre 2015. La Cour estime néanmoins qu'une réadaptation par soi-même était exigible à cette date. En effet, il y a lieu de retenir que la recourante mène de toute évidence une vie active depuis plusieurs années comme en témoignent sa

musculature bien conservée et les callosités constatées tant à la main gauche qu'à la main droite (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2013 pp 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.

7. Reste à examiner depuis quand la suppression de la rente d'invalidité prend effet.

a) En vertu de l'art. 88^{bis} 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

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. 88^{bis} 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. 88^{bis} 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 1^{er} octobre 2013.

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. 88^{bis} 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 1^{er} novembre 2015.

8. 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 1^{er} 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. 1^{bis} 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

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 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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** La demande de jonction de causes est rejetée.
- II.** Le recours est partiellement admis.
- III.** La décision rendue le 9 septembre 2015 par l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le droit de M.C. _____ à une rente d’invalidité est supprimé avec effet au 1^{er} novembre 2015.
- IV.** L’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
- V.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud et sont laissés à la charge de l’Etat à raison de 200 fr. (deux cents francs).

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Yvan Henzer (pour M.C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :