

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Nicolas Gillard, avocat à Lausanne,

et

E._____, à [...], intimée.

Art. 17 al. 1 LPG

E n f a i t :

A. **a)** W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), citoyenne suisse d'origine serbe, née le 6 octobre 1955, travaillait depuis 1982 à 100 % en qualité d'aide de maison au service des nettoyages de l'Institution I. _____. En 1997, son salaire mensuel brut, versé treize fois l'an, s'élevait à 4'249 francs. Le 13 juin 1996, elle a été victime d'un accident de la circulation, à la suite duquel elle a en particulier souffert de troubles au niveau de l'épaule droite ayant nécessité notamment une arthroscopie le 16 novembre 1996.

La D. _____ a pris en charge le cas. Par avis du 11 mai 1999, elle a cependant mis un terme à ses prestations avec effet au 31 décembre 1998. Agissant en qualité d'assureur de prestations de longue durée pour la D. _____, la [...] Assurances (dont le portefeuille sera ultérieurement repris par le Groupe [...] [dont E. _____ Accidents SA, ci : après : E. _____ ou l'intimée]), a pour sa part décidé de refuser de prester, faute de lien de causalité au-delà de l'été 1996 (décision du 12 mai 2000 et décision sur opposition du 18 novembre 2002).

Le 18 mai 2006, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rendu un jugement dans lequel il reconnaissait l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 13 juin 1996 et les troubles de l'épaule droite persistants au-delà de la fin de l'été 1996. Aussi, a-t-il annulé la décision sur opposition du 18 novembre 2002 refusant d'allouer à l'assurée des prestations de longue durée. La cause a été renvoyée à E. _____ pour qu'elle fixe l'ampleur des prestations.

Par décision du 9 octobre 2007, E. _____ a alloué à l'assurée une rente complémentaire LAA, fondée sur un taux d'invalidité de 83 %, à compter du 1^{er} janvier 2001.

Dans l'intervalle, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assurée une rente entière

d'invalidité fondée sur un taux d'incapacité de gain de 83 % à compter du 1^{er} novembre 1997 (projet de décision du 30 avril 2002 et décision du 13 décembre 2002). Le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité a été maintenu à l'issue de plusieurs procédures de révision (communications des 21 septembre 2005, 8 mars 2011 et 31 juillet 2013).

b) Par courrier du 12 juin 2012, E. _____ a informé l'assurée de l'ouverture d'une procédure de révision.

Dans ce contexte, E. _____ a interpellé le médecin traitant de l'assurée, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, qui a signalé, dans un rapport du 26 octobre 2012, une persistance des douleurs invalidantes au niveau de l'épaule droite avec impotence fonctionnelle et des douleurs quotidiennes à l'élévation du bras droit, en rotation et en position couchée.

Par la suite, E. _____ a confié une expertise au Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 11 octobre 2013, ce médecin a posé les diagnostics de 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 et suspicion de syndrome somatoforme douloureux. Il a constaté que l'assurée avait conservé une excellente musculature et qu'elle présentait des callosités à l'intérieur de la main droite. Au regard 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, le Dr F. _____ a estimé qu'il y avait clairement une autolimitation de l'assurée lors de l'expertise. Dans cette mesure, il lui était impossible de déterminer ses limitations fonctionnelles actuelles.

En parallèle, E. _____ a également mandaté un enquêteur privé afin de procéder à une observation de l'assurée. Le 15 octobre 2013, la société Z. _____, à qui le mandat a été confié, a rendu son rapport,

auquel étaient annexés des photographies et des enregistrements vidéos. A teneur de ce dernier, l'assurée n'avait pas effectué de grands mouvements avec son bras droit ou son épaule droite, mais son bras droit n'était pas figé. Des mouvements de l'épaule droite vers le côté ou vers l'arrière avaient été observés. Son bras droit avait également été vu presque à angle droit tandis que l'assurée enfilait un pull-over en quittant son domicile.

Saisie de ce rapport, E. _____ a invité le Dr F. _____ à se prononcer sur son contenu, y compris sur les photographies et les enregistrements vidéos joints. Par avis complémentaire du 7 novembre 2013, le Dr F. _____ a noté que ce rapport confirmait le fait que l'assurée utilisait son bras droit, plus particulièrement sa main droite, ce qui corroborait ses propres constatations.

Une expertise psychiatrique a également été réalisée par le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a exclu l'existence d'un trouble d'origine psychiatrique, mais a relevé qu'avec trois critères sur quatre, on était en droit de suspecter la simulation au vu des dernières constatations émises par les experts orthopédistes (rapport d'expertise du 9 décembre 2014).

Le 10 mars 2015, l'assurée a notamment produit les documents suivants :

- Un rapport (non daté) de la Dre N. _____, spécialiste en radiologie, 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-deltoïdienne.

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 Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, 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 ».

- Une attestation du 4 mars 2015 du Dr H._____, faisant état des points suivants :

« Comme déjà attesté à plusieurs reprises, je confirme que Mme W._____ est suivie à notre consultation depuis 1992, date à laquelle elle travaillait sans restriction comme employée dans le service d'entretien de I._____. 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 W._____ 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 W._____ 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 E._____ de qui Mme W._____ reçoit une rente. Je peux attester que la situation ne s'est pas modifiée depuis de nombreuses années et que Mme W._____ 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 ».

Dans un rapport complémentaire du 24 avril 2015, le Dr F._____ a relevé qu'il ne lui était pas possible de décrire exactement les limitations actuelles au vu de la simulation évoquée par le Dr J._____ et a pour le surplus renvoyé à son rapport d'expertise du 11 octobre 2013. Concernant la mobilité de l'épaule droite, il a estimé que seule la mesure des amplitudes de l'articulation sous narcose permettrait d'objectiver la réelle restriction articulaire passive. Il a ajouté 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. Quant à l'atteinte à l'intégrité, elle correspondait à celle d'une périarthrite scapulo-humérale légère, à savoir 0 %.

Prenant position le 4 mai 2015 sur le rapport susdit du Dr F._____, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil d'E._____, a en particulier noté que la mobilité objectivable, l'absence d'atrophie musculaire et les callosités aux deux mains prouvaient l'utilisation régulière de ces dernières, si bien que l'on pouvait conclure à une amélioration de l'état de santé. Il y avait dès lors lieu de reconnaître une pleine capacité de travail dans l'activité telle qu'exercée à l'époque de l'accident.

Par décision du 26 mai 2015, confirmée sur opposition le 31 juillet 2015, E._____ a supprimé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} juin 2015.

c) Le 27 mars 2017, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté par l'assurée, retenant, à l'instar de l'expert F._____, une absence de trouble incapacitant au

niveau du membre supérieur droit et une amélioration de l'état de santé de l'assurée (CASSO AA 80/15 - 26/2017 du 27 mars 2017).

Sur recours formé par cette dernière, le Tribunal fédéral a annulé le jugement cantonal dans la cause AA 80/15 - 26/2017 par arrêt du 1^{er} février 2018 (TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018), renvoyant la cause à la Cour de céans pour qu'elle ordonne la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dans le but de clarifier la question de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, à l'aune des séquelles physiques constatées et des limitations qu'elles entraînent. La Haute Cour a considéré ce qui suit, s'agissant en particulier du rapport d'expertise du Dr F. _____ :

« **6.4.** Cela étant, le rapport d'expertise ne permet pas de statuer en connaissance de cause sur les limitations fonctionnelles de la recourante. Il laisse également subsister d'autres incertitudes quant à la situation médicale. En particulier, on ignore si les diagnostics posés par ce médecin (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) se rapportent à la situation médicale antérieure ou actuelle. En outre, les diagnostics qualifiés de « possible » ou « probable » n'ont pas donné lieu à des investigations complémentaires, alors que l'IRM la plus récente datait de l'année 2002 selon le rapport d'expertise et comme le souligne à juste titre la recourante. Enfin, le Dr F. _____ n'a pas eu l'occasion de se prononcer sur la nouvelle IRM de l'épaule droite pratiquée en février 2015, laquelle a pourtant mis en évidence une amyotrophie de grade II à III du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond. En conclusion, sur la base du rapport d'expertise orthopédique, il n'est pas possible de se rallier au point de vue de la cour cantonale, selon lequel la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

6.5. Le rapport complémentaire du 24 avril 2015 ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion. Si, après avoir visualisé les images ressortant d'un mandat de surveillance de la recourante (rapport d'observation du 15 octobre 2013), le docteur F. _____ fait état, cette fois, d'une nette amélioration de l'état de santé et d'une pleine capacité de travail comme aide de maison, il n'en reste pas moins qu'il indique n'être pas en mesure de décrire exactement les limitations actuelles de l'intéressée. A ce propos, il renvoie à son expertise du 11 octobre 2013 en rappelant que « concernant la mobilité de l'épaule droite, seule la mesure des amplitudes de l'articulation sous narcose permettrait d'objectiver la réelle restriction articulaire passive ». En outre, le rapport d'observation permet tout au plus de constater que le bras droit de la recourante n'est pas figé. Aux dires mêmes du détective, celle-ci n'a jamais été

vue effectuant de grands mouvements avec son bras, respectivement avec son épaule droite. Par conséquent, on ne peut pas non plus en déduire que son état de santé se soit amélioré au point d'entraîner la suppression pure et simple de sa rente d'invalidité.

6.6. A l'inverse, il n'est pas possible d'exclure une modification notable de la situation médicale. En effet, le rapport d'expertise orthopédique fait état de signes patents d'utilisation du membre supérieur droit, ce que les rapports invoqués par la recourante ne sont pas susceptibles de mettre en doute. Seul le docteur Q._____ évoque une impotence fonctionnelle « quasi complète » (rapport du 20 février 2015), mais l'avis de ce médecin, peu étayé, doit être pris avec circonspection, compte tenu du reproche d'une autolimitation formulé par le docteur F._____ et de l'appréciation de l'expert psychiatre, qui évoque la possibilité d'une simulation (cf. rapport d'expertise du 9 décembre 2014 p. 16) ».

En parallèle, l'OAI a également supprimé le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité, avec effet au 1^{er} octobre 2013 (décision du 9 septembre 2015). Dite décision a aussi été portée devant la Cour des assurances sociales, qui a confirmé le bien-fondé du principe de la suppression de la rente, réformant la date à compter de laquelle celle-ci pouvait intervenir (CASSO AI 273/15 - 90/2017 du 27 mars 2017). Tout comme l'arrêt relatif à la rente de l'assurance-accidents et par identité de motifs avec ce dernier, celui en lien avec l'assurance-invalidité a été annulé par le Tribunal fédéral, qui a également renvoyé la cause à la Cour de céans pour nouvelle expertise (TF 8C_340/2017 et 8C_341/2017 du 1^{er} février 2018).

B. **a)** Reprenant l'instruction de la cause, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire confiée au Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 3 décembre 2018, ce médecin a fait état d'une importante limitation des amplitudes articulaires en actif et en passif. Il a relevé une autolimitation qui limitait également l'examen clinique. Il a constaté une légère amyotrophie des loges sus et sous épineuse, étant précisé que l'examen métrique ne mettait pas en évidence d'amyotrophie majeure du membre supérieur droit. Il a par ailleurs expliqué que lorsque l'assurée était distraite, il était obtenu de meilleures amplitudes articulaires. Dans ces circonstances, une amplitude articulaire d'au moins 90° était

constatée, alors qu'elle était limitée à 30° à l'examen de l'épaule. Le Dr C. _____ a par ailleurs posé les diagnostics suivants :

- « - Erosion de la face profonde au niveau de la jonction entre le tendon du sus et du sous-épineux diagnostiquée sur l'arthro-IRM de l'épaule droite du 01.11.1996. Nous ne pouvons pas déterminer l'origine traumatique ou dégénérative de cette lésion.
- S/p une arthroscopie de l'épaule droite avec toilette articulaire, plicature arthroscopique avec fermeture de l'intervalle des rotateurs, refixation du bourrelet antéro-supérieur et du bourrelet supérieur à l'insertion du long chef du biceps, acromioplastie arthroscopique, résection arthroscopique de l'extrémité distale de la clavicule le 26.11.1996.
- Lésion partielle articulaire et interstitielle du tendon sus-épineux associé à une infiltration graisseuse de stade 1 selon Goutallier diagnostiquée sur l'IRM de l'épaule droite du 19.06.2015.
- Raideur articulaire de l'épaule droite dont la sévérité est difficile à évaluer.

Le diagnostic de raideur articulaire se base principalement sur l'examen clinique. Cet examen est difficile à interpréter en raison de l'autolimitation de la patiente.

Les images de l'IRM de l'épaule du 19.06.2017 parle[nt] en faveur d'une raideur articulaire résiduelle. Cependant, il est difficile de se prononcer sur l'importance de la raideur articulaire en raison de l'autolimitation de la patiente. Nous considérons, selon nos constatations à l'examen clinique et des photos prise[s] par Z. _____, qu'en flexion antérieur, l'amplitude passive est d'au minimum 90 °, soit la hauteur des épaules ».

A la question de savoir comment l'état de santé de l'assurée avait évolué entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} novembre 2015, le Dr C. _____ s'est positionné de la manière suivante :

« Selon l'anamnèse auprès de la patiente :
Il n'y a eu aucune évolution pendant cette période.

Selon le dossier médical :

06.02.2002 : dans son rapport d'expertise, le Professeur [...] constate des amplitudes articulaires à 70° d'abduction passive et 30° en active, 60° de flexion passive et active, 40° de rotation externe passive et 20° en actif, la rotation interne passive est au niveau de L5 active au niveau du trochanter.

05.11.2003 : dans son rapport de consultation, Dr [...]: Les plaintes actuelles de la patiente sont des douleurs lorsqu'elle essaie de faire un mouvement et qu'elle dépasse la limitation qui est environ à l'horizontale et qu'elle doit faire un effort dans ses activités quotidiennes cela devient difficile. Elle n'a pas de douleur au repos, occasionnellement la nuit. Lors de son examen clinique, elle constate des amplitudes en passif ne dépassant pas l'horizontal et en actif un peu inférieur, les mobilités en rotation sont quasiment normale.

05.10.2012 : Dr H._____ ne mentionne aucune amélioration. Les amplitudes articulaires sont notées à 110° d'abduction, 100° de flexion antérieure, 10° de rotation externe, la rotation interne est à D8.

01.10.2013 : dans son rapport d'expertise, le Dr F._____ constate que les plaintes sont inchangées. Les amplitudes articulaires sont notées à 90° d'antépulsion passive et 70° active, 70° d'abduction passive et 60° en actif, la rotation externe est à 10°, la rotation interne est au niveau de la fesse.

Lors d'un rapport d'observation par Z._____ entre la fin du mois de septembre 2013 et le début du mois d'octobre 2013, sur des photos et vidéo[s] prise[s] dans son quotidien, on peut constater que Mme W._____ soulève son bras droit à plusieurs reprises au moins au niveau des épaules, soit au minimum à 90°.

04.03.2015 : lettre du Dr H._____ attestant que la situation ne s'est pas modifiée depuis de nombreuses années.

Sur la base de ces rapports, on peut constater des plaintes subjectives similaires du 06.02.2002 au 04.03.2015. Concernant les amplitudes articulaires, il est difficile de se prononcer.

Selon les imageries à disposition :

Sur l'IRM de l'épaule droite du 10.02.2015 par rapport à l'arthrographie et arthro-IRM de l'épaule droite du 18.02.2002, on constate l'apparition d'une lésion du tendon sus épineux et une prise de contraste dans l'intervalle des rotateurs parlant en faveur d'une capsulite rétractile ».

Le Dr C._____ a pour le surplus noté ce qui suit :

« 9. Quelles sont les limitations fonctionnelles que l'assurée a rencontrées (cf. période ci-dessus) et rencontre encore, en lien avec son état de santé ?

Les limitations fonctionnelles sont une limitation des amplitudes articulaires de l'épaule sans pouvoir déterminer précisément le degré d'atteinte, ainsi que des douleurs lors du port de charge.

10. Existe-t-il une discrédance entre vos constatations cliniques et les limitations fonctionnelles constatées ?

Il y a une autolimitation concernant les amplitudes articulaires.

11. Compte tenu de vos constatations, Mme W. _____ dispose-t-elle encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle d'aide de maison au service des nettoyages ? Cas échéant à quel taux ? Dispose-t-elle d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à son état de santé ? Cas échéant à quel taux ?

En considérant qu'il persiste une raideur articulaire avec au moins 90° de flexion antérieure, Mme W. _____ a une capacité de travail pleine et entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

- Pas de mouvement du bras droit au-dessus des épaules.
- Pas de port de charge répété.
- Pas de vibration ou contrecoup au niveau du membre supérieur droit.

12. Comment a évolué le taux d'incapacité de travail entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} novembre 2015 ?

Il est difficile de répondre à cette question au vu de la variabilité des amplitudes articulaires décrites lors des différents rapports.

13. Et entre le 1^{er} novembre 2015 et le jour de votre expertise ?

Au vu de l'autolimitation lors de l'examen clinique, il est difficile de répondre à cette question. »

b) Par acte du 28 février 2019, E. _____ s'est déterminée sur l'expertise du Dr C. _____, dont elle a contesté les conclusions. Elle a estimé que dans la mesure où la limitation fonctionnelle et les douleurs n'étaient pas objectivement établies, contrairement à l'autolimitation significative et à l'utilisation régulièrement du membre supérieur droit qui étaient elles prouvées, il était inconcevable de retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de femme de chambre sur la seule base d'une appréciation subjective. Par ailleurs, l'expert avait qualifié cette activité de lourde sans examiner en quoi consistaient les tâches de l'assurée. Se référant au rapport d'expertise du Dr G. _____ du 21 décembre 1998, ainsi qu'à une description actuelle du poste auprès de l'Institution I. _____, E. _____ a considéré que l'activité habituelle était compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par l'expert.

Le 26 mars 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, a quant à elle relevé que l'expert n'avait dénoté aucune amélioration

notable de son état de santé depuis la décision d'octroi de rente, la situation médicale qui prévalait à cette époque, se retrouvant dans les constatations du Dr C._____. L'autolimitation – qui pouvait résulter d'une crainte des douleurs – était également déjà mentionnée à cette période, si bien qu'elle ne constituait pas un fait nouveau. Elle a en outre produit un rapport établi le 4 mars 2019 par le Dr H._____ qui attestait de l'absence d'évolution favorable.

Le 29 avril 2019, l'assurée a en particulier contesté l'exigibilité de l'activité habituelle telle qu'alléguée par E._____. Elle a notamment relevé que le cahier des charges produit mentionnait clairement à titre de compétence requise, une bonne condition physique.

E n d r o i t :

1. La Cour des assurances sociales doit se prononcer à nouveau sur le fond, après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 1^{er} février 2018 (cause 8C_339/2017). Les questions de recevabilité du recours n'ont dès lors plus à être examinées.

2. a) En vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'autorité cantonale à laquelle une affaire est renvoyée, est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral ; sa cognition est limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été tranché définitivement par le Tribunal fédéral, ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant lui ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle

(ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5 ; voir également TF 5A_461/2018 du 26 octobre 2018 consid. 2.1 [non publié dans ATF 145 III 49] et TF 5A_269/2017 du 6 décembre 2017 consid. 2.1).

b) Dans son arrêt de renvoi, le Tribunal fédéral a confirmé qu'il y avait lieu d'admettre qu'au moment de l'octroi de la rente d'invalidité, la recourante ne pouvait pas se servir de son membre supérieur droit pour exercer une activité professionnelle, même à un taux restreint. Il a en revanche reproché aux juges cantonaux de s'être fondés sur l'appréciation de l'expert F._____ pour établir une amélioration de l'état de santé depuis lors et confirmer la décision de suppression de rente rendue le 31 juillet 2015 par E._____. Selon la Haute Cour l'expertise ne permettait pas de statuer en connaissance de cause sur les limitations fonctionnelles de la recourante et laissait subsister des incertitudes quant à sa situation médicale, en particulier quant aux diagnostics posés dont on ignorait s'ils se rapportaient à la situation actuelle ou antérieure. Elle a dès lors requis de l'autorité de céans la mise en œuvre d'une expertise médicale aux fins de clarifier la capacité résiduelle de travail de la recourante, à l'aune des séquelles physiques constatées et des limitations qu'elles entraînent.

A la suite de cet arrêt, la Cour ce céans a mis en œuvre une expertise orthopédique dont elle a confié la réalisation au Dr C._____. Il y a dès lors lieu de déterminer si cette expertise respecte les injonctions du Tribunal fédéral et permet de trancher le litige en se prononçant sur le bienfondé de la décision de suppression de rente de la recourante.

3. A titre liminaire, c'est le lieu de relever que quand bien même la recourante a atteint l'âge de la retraite le 6 octobre dernier, elle ne se trouve pas dans un cas de figure prévu à l'art. 22 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.10), dans la mesure où la présente procédure de révision a été ouverte au mois de juin 2012, ce dont la recourante avait été informée par courrier du 12 juin 2012 (cf. TF 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 4.1 et les références, non publié dans ATF 139 V 585).

4. Cela étant, il convient d'examiner si l'expertise du Dr C._____ permet de statuer en connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé de la recourante et, cas échéant, sur sa capacité de travail.

a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 ou le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Peut en particulier justifier une révision, une modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et les références). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références).

5. a) En l'occurrence, l'expertise établie par le Dr C. _____ remplit toutes les exigences formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et répond en outre aux injonctions du Tribunal fédéral. Les conclusions rendues par cet expert résultent au demeurant d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective - de la

recourante. Son rapport contient une anamnèse détaillée, prend dûment en considération les plaintes de l'expertisée et décrit les constatations cliniques. Il contient les diagnostics actuels et une appréciation circonstanciée du cas. Il répond pour le surplus aux questions posées par le Tribunal.

b) On relève en particulier qu'au terme de son évaluation, l'expert C. _____ a posé les diagnostics d'érosion de la face profonde au niveau de la jonction entre le tendon du sus- et du sous-épineux, de status post arthroscopie de l'épaule droite avec toilette articulaire, plicature arthroscopique avec fermeture de l'intervalle des rotateurs, refixation du bourrelet antéro-supérieur et du bourrelet supérieur à l'intersection du long chef du biceps, acromioplastie arthroscopique, résection arthroscopique de l'extrémité distale de la clavicule, ainsi que de lésion partielle articulaire et interstitielle du tendon sus-épineux associée à une infiltration graisseuse de stade 1 selon Goutallier.

Il a en outre constaté l'existence de raideurs articulaires résiduelles, ce que tendaient également à démontrer les images de l'IRM de l'épaule du 19 juin 2017. Il a cependant relevé que l'importance de ces raideurs était difficile à déterminer compte tenu de l'autolimitation de la recourante, qui se plaignait de douleurs constantes, augmentées à l'utilisation de son bras. Aussi, à l'examen clinique, a-t-il noté une importante limitation des amplitudes articulaires, que ce soit lors de la mobilisation passive ou active. A titre d'exemple, il a expliqué qu'une amplitude de seulement 30° était obtenue pour la flexion antérieure, même en passif, une autolimitation apparaissant au-delà. Il a ajouté qu'une légère amyotrophie des loges sus et sous épineuse était visible, mais que lors de mesure métrique, il n'était pas constaté d'amyotrophie majeure du membre supérieur droit.

Cela étant, l'expert a noté que lorsque la recourante était distraite, il était obtenu de meilleures amplitudes articulaires, comme par exemple lorsqu'il lui était demandé de toucher ses pieds avec ses doigts, en précisant qu'il examinait son dos. Dans ces circonstances, l'amplitude

articulaire de l'épaule droite était d'au moins 90° en flexion antérieure passive. Le Dr C._____ a ajouté que cette dernière amplitude se retrouvait également sur les photographies et les enregistrements vidéos annexés au rapport de surveillance de Z._____, sur lesquels la recourante était vue soulevant son bras droit à plusieurs reprises au moins au niveau des épaules, soit au minimum à 90°. A cet égard, il convient encore de préciser que les images issues de la surveillance de Z._____ montrent la recourante dans un espace public librement visible sans difficulté, si bien qu'en l'absence de tout intérêt privé prépondérant elles peuvent être exploitées en sus des constatations médicales du Dr C._____ (cf. ATF 143 I 377 consid. 5 ; TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.3.1 ; 8C_570/2016 du 8 novembre 2017 ; 9C_328/2017 du 9 novembre 2017 ; Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 14 ad art. 59 LAI). L'expert a ainsi corroboré le reproche d'une autolimitation formulé précédemment par les Drs F._____ et J._____ et objectivé l'amplitude exigible.

Compte tenu de ces constatations, le Dr C._____ a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité n'impliquant pas de mouvements du bras droit au-dessus des épaules, de port de charge répété, de vibration ou contrecoup au niveau du membre supérieur droit. Dans cette mesure, l'activité lourde de femme de chambre n'apparaissait pas compatible avec ces limitations et la capacité de travail était de ce fait nulle dans l'activité habituelle, contrairement à ce qu'a estimé l'intimée. En effet, certains mouvements inhérents au métier d'employée de maison, tel que le nettoyage en hauteur et ou le port de charges importantes, ne sont pas compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues. On ne saurait par ailleurs reconnaître une capacité de travail partielle dans cette activité du seul fait que la recourante demeurerait en mesure d'effectuer les travaux au sol.

c) A ce stade, il convient de déterminer le point de départ de l'amélioration de l'état de santé de la recourante. L'expert ne se prononce pas directement sur la question de la date à partir de laquelle une activité

adaptée est devenue exigible. Cependant, on constate que pour déterminer une amplitude articulaire de 90°, l'expert s'est fondé tant sur ses constatations cliniques que sur les images et vidéos du rapport de surveillance du 15 octobre 2013. Dans cette mesure, il faut comprendre qu'à tout le moins à cette époque, l'état de santé de la recourante s'était amélioré de manière à influencer sur sa capacité de travail, ce qui rejoint au demeurant l'appréciation du Dr F._____, lequel faisait déjà état dans son rapport du 11 octobre 2013, de signes patents d'utilisation du membre supérieur droit, contrairement aux allégations de la recourante.

d) L'analyse de la documentation médicale au dossier ne permet pour le surplus pas d'aboutir à une conclusion différente. Dans son arrêt de renvoi, le Tribunal fédéral a d'ores et déjà relevé que les signes patents d'utilisation relevés par le Dr F._____ n'étaient pas susceptibles d'être remis en doute par les rapports invoqués par la recourante. Il a par ailleurs largement relativisé la valeur probante de l'appréciation du Dr Q._____ qui évoquait une impotence fonctionnelle « quasi complète », compte tenu du reproche d'autolimitation formulé par les différents experts. Le rapport établi le 4 mars 2019 par le Dr H._____ doit être accueilli avec la même circonspection en tant qu'il se limite à reprendre les plaintes subjectives de la recourante, sans apporter de constatations objectives.

Dès lors que l'expertise judiciaire du Dr C._____ est exempte de contradictions et en l'absence d'éléments objectifs dont cet expert n'aurait pas tenu compte et qui mettraient sérieusement en doute la pertinence de ses déductions, il n'existe pas de motifs de s'écarter de ses conclusions.

6. Par conséquent, il y a lieu de constater que si la recourante n'était pas en mesure de se servir de son membre supérieur droit pour exercer une activité professionnelle, même à un taux restreint en 2007, au moment de l'octroi de la rente (cf. arrêt de renvoi du Tribunal fédéral consid. 6.2), elle a, à tout le moins depuis le mois d'octobre 2013, récupéré une mobilité de son bras droit avec une amplitude d'au moins

90° lui permettant d'exercer une activité ne comprenant pas de mouvements du bras au-dessus des épaules, de port de charge répété et de vibration ou contrecoup au niveau de son bras droit. Dans cette mesure, il apparaît que son état de santé a connu une amélioration notable pouvant conduire à une révision de sa rente d'invalidité.

7. Cela étant, il convient encore d'examiner le degré d'invalidité de la recourante.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Par ailleurs, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

b) S'agissant du revenu sans invalidité, il doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

c/aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation

professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

8. a) En l'occurrence, le moment déterminant pour procéder à la réduction ou à la suppression de la rente en raison de l'amélioration de santé de la recourante est 2015, soit la date à laquelle l'intimée a mis fin au versement de la rente par sa décision du 31 juillet 2015 (cf. Margit Moser-Szeless *in* Anne-Sylvie Dupont / Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 34 ad art. 17 LPGA).

b) Pour établir le revenu sans invalidité, on doit prendre considération un revenu hypothétique de 55'327 fr. (4'249 fr. x 13), correspondant à celui réalisé par la recourante en 1997 selon le rapport employeur figurant au dossier de l'assurance-invalidité. A cet égard, on précisera que l'intimée s'était également fondée sur cette pièce pour fixer le droit à la rente de la recourante dans sa décision du 9 octobre 2007. Cela dit, il convient d'adapter ce montant à l'évolution des salaires nominaux en 2015, de sorte que le revenu sans invalidité doit être fixé à 68'330 francs.

c) Pour fixer le revenu avec invalidité, dans la mesure où l'activité d'aide de maison n'est pas adaptée et que la recourante doit rechercher une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient de procéder à une approche théorique de la capacité de gain. A cet égard, le salaire médian réalisé par les femmes en 2014, dans des activités simples et répétitives, était de 4'300 fr. par mois, soit 51'600 fr. par année. Après adaptation à la durée hebdomadaire moyenne du travail dans les entreprises en 2015 (41,7 heures) ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux entre 2014 et 2015 (+ 0,8 %), on parvient à un salaire annuel de 54'008 francs. Afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles susceptibles d'influer sur les perspectives salariales de la recourante, il y aurait lieu de procéder à un abattement maximum de 10 % sur le salaire statistique, étant précisé que les limitations fonctionnelles de la recourante ne sont pas particulièrement contraignantes et que les activités visées par l'ESS recouvrent un large éventail d'activités variées et non qualifiées.

Au final, on obtient un revenu annuel d'invalidé de 48'607 fr. 35. Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité, il en résulte un taux d'invalidité de 28,86 %, arrondi à 29 %.

Par conséquent, l'intimée n'était pas fondée, dans sa décision du 31 juillet 2015, à mettre fin au versement de la rente avec effet au 1^{er} juin 2015, une rente fondée sur un taux d'invalidité de 29 % devant être maintenue.

9. a) Considérant ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 29 % à compter du 1^{er} juin 2015.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 3'500 fr. pour l'ensemble de la procédure cantonale, à raison de 2'200 fr. pour les opérations antérieures à l'arrêt rendu le 1^{er} février 2018 par le Tribunal fédéral, et de 1'300 fr. pour les opérations postérieures à celui-ci (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). Le montant des dépens sera mis à charge de l'intimée qui succombe.

d) La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire selon décision du 20 août 2015, dans le cadre de la procédure AA 80/15 - 26/2017, un avocat d'office lui ayant été désigné en la personne de Me Yvan Henzer, lequel n'est plus intervenu au terme de cette dernière. L'indemnité de 2'085 fr. 05, débours et TVA compris, telle qu'arrêtée par arrêt de la cour de céans du 27 mars 2017 doit dès lors être confirmée, étant précisé que ce point n'a pas été contesté devant le

Tribunal fédéral. Il s'ensuit que les dépens couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le précédent conseil de l'assuré au titre de l'assistance judiciaire. Pour le surplus, Me Gillard, qui a succédé à Me Henzer, n'a pas sollicité sa désignation en qualité d'avocat d'office.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 31 juillet 2015 par E. _____ SA est réformée, en ce sens que W. _____ a droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 29 % dès le 1^{er} juin 2015.
- III. E. _____ SA versera à W. _____ 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Nicolas Gillard (pour W. _____) ;
- E. _____ SA ;
- Office fédéral de la santé publique ;

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 :