

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Berberat, juge, et Gabellon, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1979, sans formation professionnelle, a travaillé depuis le 28 décembre 2001 à 100 % en qualité d'aide de cuisine auprès de l'[...].

Le 2 mars 2007, l'assurée a chuté sur le sol à son lieu de travail et s'est blessée à l'épaule droite.

G._____, assureur-accidents ayant pris en charge le cas, a confié une expertise au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 17 septembre 2008, il a posé les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule droite au décours, de status après suture d'une désinsertion partielle du sus-épineux au trochiter droit le 4 juillet 2007 et de status après désinsertion distale partielle du sus-épineux droit le 2 mars 2007 avec capsulite rétractile post-traumatique. Une reprise de l'activité habituelle à 50 % était exigible à partir du 1^{er} octobre 2008.

Dès cette date, l'assurée est retournée à son travail à un taux de 50 %. L'employeur a résilié son contrat pour le 31 décembre 2008.

A la suite du dépôt par l'assurée d'une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), celui-ci lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 décembre 2008. Il a considéré qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2008 (cf. décision du 31 août 2009).

L'assurée a été engagée en tant que femme de chambre par la S._____ dès le 1^{er} novembre 2009, à 80 %.

Le 11 janvier 2012, l'assurée a chuté en descendant les escaliers de son immeuble et s'est à nouveau blessée à l'épaule droite en

essayant de se retenir (cf. déclaration de sinistre LAA du 18 janvier 2012). Elle a été mise en arrêt de travail.

Dans un rapport du 3 octobre 2012, le Dr J._____, neurologue, a posé les diagnostics d'algoneurodystrophie de l'épaule droite probablement de stade II et de statut après chute le 11 janvier 2012, avec statut après débridement arthroscopique d'une lésion partielle du tendon sus-épineux droit et bursectomie le 21 mars 2012. Le spécialiste n'a identifié aucune atteinte neurologique en tant que telle.

B. Le 18 février 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

L'intéressée a été licenciée avec effet au 30 avril 2013 (cf. rapport du 15 mars 2013 de l'employeur).

Dans un rapport du 8 octobre 2013, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics d'algoneurodystrophie de l'épaule droite, de statut après débridement arthroscopique d'une lésion partielle du tendon sus-épineux droit et bursectomie le 21 mars 2012, de statut après conflit sous acromial et infection post-opératoire de l'épaule droite à propionibactérie traitée par débridement arthroscopique et acromioplastie en 2009, de statut après réparation du tendon sus-épineux droit par arthrotomie. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis début 2012.

L'assurée a séjourné à la D._____ du 18 juin au 14 juillet 2014. Les Drs T._____, rhumatologue, et V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont notamment retenu le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit. Ils ont décrit un membre exclu au plan fonctionnel, mais pas d'amyotrophie significative (cf. rapport du 29 juillet 2014).

L'OAI a, d'entente avec Z._____, assureur-accidents ayant pris en charge le second accident, mis en œuvre une expertise auprès du Dr R._____, médecin praticien. Dans un rapport du 17 juillet 2015, le Dr R._____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit, et de statut après arthroscopie de l'épaule droite, suture et réinsertion du tendon sus-épineux par arthrotomie (2007), d'acromioplastie et résection de la clavicule distale droite par arthroscopie (2009) et de débridement arthroscopique du tendon sus-épineux avec bursectomie et complément d'acromioplastie (2012). L'assurée présentait des limitations sévères au niveau de son membre supérieur droit. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Au vu de la quasi impossibilité d'utiliser le membre supérieur droit et du faible rendement global dû aux douleurs, seule une activité d'ordre occupationnel était actuellement réalisable, exercée deux heures par jour, avec un rendement limité à maximum 30 %. On pouvait espérer une amélioration de la situation sur le long cours, avec des approches en hypnose et de la stimulation par imagerie, mais les résultats n'auraient aucun effet avant au moins deux ans. Une nouvelle expertise était recommandée d'ici deux ans.

Par décision du 18 février 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2013, en retenant qu'elle était en incapacité totale de travail dans toute activité.

Le 29 avril 2016, Z._____ a transmis à l'OAI un rapport établi le 6 avril 2016 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, auquel elle avait confié le soin de réaliser une expertise. Il avait examiné l'assurée le 10 mars 2016. Il retenait que l'accident du 11 janvier 2012 n'avait entraîné qu'une contusion simple de l'épaule droite. Celle-ci avait guéri avant l'opération du 21 mars 2012. C'était cet acte chirurgical qui avait entraîné la réaction de type algoneurodystrophie. Le spécialiste observait des incohérences pour un bras qui n'était plus utilisé depuis plus de trois ans, soit une absence d'amyotrophie, à part celle du chef antérieur du deltoïde droit, une absence de chaleur locale et de raideur séquellaire de

l'algoneurodystrophie au niveau des doigts et du poignet, ainsi qu'une absence de troubles neurologiques. Il relevait en outre avoir constaté, durant l'entretien et l'examen, une incohérence entre d'une part les plaintes et d'autre part l'utilisation de la main droite et la façon de bouger le coude, la main et les doigts. La mobilité passive était meilleure que la mobilité active. Il n'y avait aucun élément objectif permettant d'expliquer l'importance des plaintes douloureuses. L'atteinte relevait d'un trouble somatoforme. Au jour de l'expertise, la capacité de travail était totale dans une activité impliquant au maximum 60° d'antéflexion des deux bras et un port de charges occasionnel de 5 kg.

Le 8 juin 2016, en réponse à la question de Z._____, le Dr N._____ a confirmé que l'atteinte causée par l'accident du 11 janvier 2012 était guérie avant l'opération du 21 mars 2012.

Par avis médical du 30 juin 2016, le Dr P._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé d'ouvrir une procédure de révision avant l'échéance prévue initialement, vu l'expertise du Dr N._____.

Le 24 octobre 2016, l'assurée a complété un questionnaire de l'OAI lié à la révision de la rente, en indiquant que son état n'avait pas changé.

Dans un rapport du 7 novembre 2016 à l'OAI, le Dr W._____ a constaté que la situation n'était pas stabilisée, avec des douleurs même au repos, et qu'une reprise de travail, également dans une activité adaptée, n'était pas réalisable. Il a notamment retenu les diagnostics de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'algoneurodystrophie du membre supérieur droit.

Le 30 novembre 2016, la Dresse Q._____, médecin généraliste traitant, a relevé une incapacité totale de travail dans toute activité au vu de la fatigue permanente, des douleurs du membre

supérieur droit avec sensations de brûlures et d'engourdissement, ainsi que d'un état hyperalgique.

Dans un rapport intermédiaire du 18 avril 2017, K._____, ergothérapeute, a fait état des diagnostics de CRPS II [Complex Regional Pain Syndrome, syndrome douloureux régional complexe] de la branche superficielle du nerf radial avec allodynie mécanique, de contamination allodynique au niveau de la face palmaire de la main droite, ainsi que de névralgie lombo-fémorale incessante de la branche fémorale du nerf génito-fémoral gauche avec allodynie mécanique. Elle a recommandé la poursuite de l'ergothérapie.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée au B._____. L'assurée a été examinée le 1^{er} juin 2017 par le Dr L._____, psychiatre, et le 6 juin 2017 par le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Dans leur rapport du 26 juillet 2017, les experts ont retenu les diagnostics de possible syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit, actuellement guéri, d'omalgie droite séquellaire à plusieurs accidents et interventions chirurgicales y relatives, ainsi que de cruralgie gauche d'origine indéterminée. Seul le diagnostic d'omalgie droite avait un effet sur la capacité de travail. Celle-ci était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charges au-delà de 5 kg avec le membre supérieur droit, sans mouvements au niveau et au-dessus du plan de l'épaule, sans travail en hauteur. Les activités très répétitives et cadencées avec le membre supérieur droit (travail à la chaîne) devaient en outre être évitées. L'exercice d'une activité adaptée était exigible depuis l'examen du Dr N._____ du 10 mars 2016. Il y aurait peut-être une diminution du rendement au début, en raison des douleurs, raison pour laquelle la reprise devrait être progressive, soit à 50 % pendant six semaines puis à 100 % par la suite. Les experts ont en particulier relevé l'absence d'évidence d'un syndrome douloureux régional complexe. Quant aux douleurs de type névralgies dans le membre inférieur gauche, elles entraient dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique sans explication objectivable. Les experts ont annexé un

rapport consécutif à une imagerie par résonance magnétique de la hanche gauche réalisée le 9 mars 2017, constatant un examen sans anomalie. Ils ont encore joint un rapport du 2 juin 2017 que le Dr F._____, neurologue, avait adressé au Dr W._____, faisant état d'un bilan neurologique normal tant au membre supérieur droit qu'au membre inférieur gauche. Le Dr F._____ ajoutait que les examens pratiqués permettaient d'exclure une neuropathie périphérique. Aucune lésion neurologique n'avait été mise en évidence.

Par avis médical du 29 août 2017, le Dr C._____, médecin au SMR, s'est rallié aux conclusions des experts du B._____ et a retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une reprise initiale progressive à 50 % durant six semaines.

Le 18 octobre 2017, lors d'un entretien dans les locaux de l'OAI, l'assurée a déclaré qu'un taux d'activité de 100 % dans une activité adaptée était exagéré. Elle ne s'estimait pas en mesure de travailler à ce taux et se projetait difficilement à temps partiel (cf. note d'entretien et rapport final de réadaptation du 18 octobre 2017).

Par projet de décision du 20 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de supprimer la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a expliqué que son état de santé s'était amélioré depuis mars 2016 et que la reprise progressive d'une activité adaptée à 50 % durant six semaines, puis à 100 %, était envisageable. En comparant le revenu qu'elle pourrait obtenir sans invalidité (47'543 fr. 68) avec celui réalisable avec invalidité (48'947 fr. 61), il aboutissait à un degré d'invalidité nul, insuffisant pour maintenir le droit à une rente. Le même jour, l'OAI a octroyé une aide au placement.

Le 14 novembre 2017, l'assurée a contesté la suppression de la rente, en décrivant ses nombreuses difficultés, en particulier concernant ses douleurs à l'épaule droite et à la jambe gauche. Elle a exprimé son désir de travailler à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations. Elle a joint des certificats médicaux établis par le Dr W._____, attestant une

incapacité totale de travail du 1^{er} novembre 2015 au 31 décembre 2017, et le rapport d'ergothérapie du 18 avril 2017 précité.

Le 12 décembre 2017, l'assurée a renoncé à l'aide au placement, en indiquant ne pas vouloir actuellement entrer dans une démarche de recherche d'activité professionnelle.

Par décision du 9 janvier 2018, l'OAI a confirmé la suppression de la rente. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que les documents que l'assurée avait transmis ne remettaient pas en cause les conclusions de l'expertise du B._____. En outre, l'intéressée avait renoncé aux mesures et à l'aide au placement qui lui avait été proposées pour tester la reprise d'une activité.

C. Par acte du 9 février 2018, A._____, désormais représentée par Me Karim Hichri, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que la rente entière soit maintenue, subsidiairement réduite à une demi-rente, la naissance de ce droit étant laissée à dire de justice. A titre plus subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a soutenu que le rapport du B._____ n'était pas probant, puisque les experts avaient notamment omis de mentionner, dans leurs réponses aux questions concernant les limitations fonctionnelles, l'exercice d'une activité assise, alors que cette limitation ressortait de la discussion. Ils n'avaient pas relevé que sa main droite était régulièrement gonflée, ce qui pourrait entraîner des limitations fonctionnelles supplémentaires et/ou justifier une incapacité de travail. Ils n'avaient en outre pas indiqué les raisons pour lesquelles le syndrome douloureux régional complexe serait guéri. Le rapport d'ergothérapie n'avait pas pu faire l'objet d'un examen de la part des experts. Par ailleurs, il était surprenant qu'ils puissent aboutir à une capacité de travail de 50 % pendant quelques semaines puis de 100 % par la suite, puisqu'ils reconnaissaient la présence de douleurs permanentes résiduelles. De plus, l'expertise du B._____ avait été requise au vu du rapport du Dr N._____. Or, ce dernier s'était

uniquement adonné à une appréciation différente du même état de fait que celui relevé par le Dr R._____. Le Dr N._____ était en outre intervenu dans le cadre de l'assurance-accidents pour se prononcer sur le lien de causalité avec l'accident du 11 janvier 2012. Son avis signifiait simplement que cet accident ne pouvait être à l'origine des douleurs. Le rapport du Dr R._____ ne saurait être mis en doute. Dans le cas contraire, il conviendrait de retenir une capacité de travail de 50 %, avec un taux d'abattement de 15 % au vu des limitations fonctionnelles supplémentaires liées au gonflement régulier de la main droite.

Par décision du 1^{er} mars 2018, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 février 2018, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Dans sa réponse du 9 avril 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse.

Le 20 juin 2018, la recourante a informé être dans l'attente d'un rapport médical. Elle a par ailleurs produit un rapport établi le 22 mai 2018 par le Dr W._____, retenant les diagnostics de CRPS de type II du membre supérieur droit, prédominant à la main droite, ainsi que de cruralgies d'origine indéterminée depuis janvier 2017 avec douleurs de type neurogène du membre inférieur gauche. La situation médicale du membre supérieur droit, soit de l'épaule et de la main, demeurait inchangée. La patiente était toujours en incapacité totale d'effectuer toute activité ou tâche nécessitant une sollicitation du membre supérieur droit. S'ajoutaient encore des douleurs persistantes au membre inférieur gauche, empêchant la patiente de rester dans une position assise ou debout de manière prolongée. Cela rendait une reprise de travail, même dans une activité adaptée, encore plus difficilement réalisable.

Le 13 juillet 2018, la recourante a renoncé à produire le rapport médical annoncé dans sa précédente écriture.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante au maintien de sa rente entière d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision du 18 février 2016 lui ayant reconnu le droit à une telle rente et la décision litigieuse.

3. 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 (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 (art. 7 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon 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.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue

période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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 (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

5. En l'espèce, par décision du 9 janvier 2018, l'OAI a considéré que la capacité de travail de la recourante était désormais totale dans une activité adaptée et a supprimé la rente entière qui lui avait été allouée depuis le 1^{er} août 2013 par décision du 18 février 2016. Il convient ainsi d'examiner si le degré d'invalidité de l'assurée a subi une modification significative entre ces deux décisions.

a) Pour rendre la décision du 18 février 2016, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du 17 juillet 2015 du Dr R._____. Celui-ci retenait notamment un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit et estimait qu'au vu de la quasi impossibilité d'utiliser ce membre et du faible rendement global, seule une activité d'ordre occupationnel était réalisable. Il recommandait de procéder à une nouvelle expertise dans un délai de deux ans.

b) Après s'être vu transmettre par Z._____ le rapport du 6 avril 2016 du Dr N._____, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du B._____. Dans leur rapport du 26 juillet 2017, les experts ont constaté

que seul le diagnostic d'omalgie droite avait une répercussion sur la capacité de travail, laquelle était entière dans une activité adaptée, après une reprise progressive de six semaines.

La recourante soutient que cette expertise n'a pas de valeur probante. Toutefois, le fait que l'OAI l'a mise sur pied au vu des conclusions du Dr N. _____ - qui a été mandaté par l'assureur-accidents pour se prononcer sur les conséquences de la chute du 11 janvier 2012 - n'entache en rien sa valeur probante. En effet, les experts du B. _____ se sont forgés leur propre opinion, après avoir examiné l'intéressée et l'entier du dossier. A cet égard, il sied de relever qu'ils ont également eu connaissance du rapport d'ergothérapie du 18 avril 2017, contrairement à ce que fait valoir l'assurée, puisqu'ils l'ont cité et ont repris une partie de son contenu, comme ils l'ont fait pour les autres pièces médicales du dossier (cf. p. 19). Les experts ont ainsi détaillé avec précision l'anamnèse. Ils ont en outre décrit les plaintes de l'assurée, qu'ils ont prises en considération. Cette dernière n'a pas évoqué que sa main droite était régulièrement gonflée, mais cela ressort du rapport d'ergothérapie précité. L'assurée s'étonne que les experts aient relevé, sous le volet psychiatrique relatif à ses plaintes actuelles, ses déclarations en rapport avec certaines atteintes physiques (cf. p. 22). Même si cela peut effectivement paraître curieux, les experts ont exposé par la suite que sur le plan psychique, l'assurée n'avait allégué aucune plainte particulière, outre le fait qu'elle se disait par moments démoralisée par rapport à son état, mais qu'elle était en revanche très centrée sur lesdites atteintes physiques (cf. p. 35).

Les experts ont décrit le contexte médical de manière claire et ont détaillé les raisons pour lesquelles ils considéraient qu'un éventuel syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit était guéri. Ils ont en effet constaté à l'examen qu'il n'y avait aucun signe vasomoteur ou sudo-moteur (pas d'hypersudation), de dystrophie, d'atrophie musculaire, de rétraction capsulaire ou de déficit neurologique. Il n'y avait pas non plus de limitation à la mobilité passive. Quant à la mobilité active, il sied de relever que celle de l'épaule droite s'est améliorée depuis

l'expertise du Dr R. _____, puisque les experts du B. _____ ont fait état d'une abduction à 90° alors qu'elle était de seulement 25° en 2015. Les experts n'ont pas observé de signes objectifs de non-utilisation. Sur la base de l'ensemble de ces éléments et des examens complémentaires multiples (scintigraphie, imageries par résonance magnétique) décrits comme normaux, ils ont conclu que les douleurs dont se plaignait l'assurée ne pouvaient être expliquées objectivement. Ils ont évoqué l'existence d'un syndrome douloureux chronique (cf. consid. 6 infra), avant de relever que l'épaule droite avait été l'objet de plusieurs traumatismes, ce qui pouvait entraîner des douleurs résiduelles justifiant de retenir des limitations au niveau du membre supérieur droit. Ils ont énuméré l'ensemble de ces limitations. Quant à la nouvelle atteinte au membre inférieur gauche, soit la cruralgie, les experts ont notamment relevé l'absence de lésion anatomique visible à l'imagerie et un bilan neurologique normal, et estimé qu'elle pouvait également entrer dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. S'agissant des limitations en lien avec ce trouble, ils ont mentionné qu'une activité avec une position assise était privilégiée, puisqu'elle avait pu être maintenue pendant plus de 90 minutes par l'assurée. Le fait que les experts n'ont pas repris cette limitation-ci dans le cadre de leurs réponses aux questions posées par l'OAI n'est pas suffisant pour dénier toute valeur probante à leur rapport. Au contraire, sur le plan somatique, ils ont conclu de manière convaincante à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, avec une reprise progressive, soit à 50 % pendant les six premières semaines. Ils ont expliqué ce pallier en raison d'une possible diminution de rendement au début de la reprise dû aux douleurs. Il s'agit ainsi d'une période transitoire de réadaptation au travail. Ils ont certes admis que des douleurs résiduelles pouvaient subsister, sans toutefois considérer qu'elles engendraient une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée passé ce délai transitoire. Au vu de ce qui précède, il convient de se rallier à leurs conclusions, lesquelles sont bien motivées et concordent avec les examens complémentaires décrits comme normaux. Ces conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr C. _____ (cf. avis du 29 août 2017).

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts du B._____. En particulier, dans le rapport du 22 mai 2018 que la recourante a produit dans la présente procédure, le Dr W._____ n'explique pas en quoi, selon lui, les signes du syndrome douloureux régional complexe subsistaient. Il fait état d'une impossibilité pour sa patiente d'effectuer toute tâche nécessitant une sollicitation du membre supérieur droit, alors que les experts n'ont pas relevé de signes objectifs de non-utilisation de ce membre, ce qui tend à démontrer que la recourante en fait quand même usage. Le Dr W._____ mentionne par ailleurs que les douleurs au membre inférieur gauche empêchent l'assurée de rester dans une position assise prolongée, ce qui rend d'après lui une reprise de travail encore plus difficilement réalisable. Cependant, les experts ont observé que la recourante pouvait demeurer dans cette position plus de 90 minutes. Il existe au demeurant de nombreuses possibilités d'activités permettant l'alternance des positions debout et assise ou privilégiant une position assise. Quant au rapport du 18 avril 2017 de K._____, il sied de constater que cette dernière n'est pas médecin, mais ergothérapeute, et que les Drs J._____ et F._____, neurologues, n'ont pas confirmé d'atteinte neurologique des nerfs périphériques, telle que suggérée par K._____. Au demeurant, les limitations fonctionnelles décrites par les experts du B._____ englobent les différents éléments relevés par l'ergothérapeute, tant au niveau du membre supérieur droit que du membre inférieur gauche. Enfin, le rapport du 30 novembre 2016 de la Dresse Q._____, médecin généraliste traitant, est peu étayé. Cette dernière n'est en outre pas spécialiste et ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou en établir le caractère incomplet.

Dans ces conditions, force est de retenir que la recourante présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

6. Sur le plan psychique, les experts du B._____ ont également constaté une pleine capacité de travail.

a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, sur le plan psychique également, l'expertise du B._____ fait suite à un entretien avec l'assurée, comporte notamment une anamnèse, une appréciation de la situation médicale et des conclusions motivées. Les experts ont décrit que l'assurée était plutôt équilibrée sur le plan émotionnel, sans signaux d'un quelconque dysfonctionnement et qu'il n'y avait aucune problématique de personnalité. Ils n'ont formellement retenu aucun diagnostic psychiatrique, même s'ils ont évoqué la possibilité d'un syndrome douloureux chronique. A cet égard, il sied de relever qu'ils ont fait part de leur étonnement par un certain décalage entre l'intensité des symptômes physiques décrits par l'assurée et les observations effectuées lors de l'examen, comme l'avait déjà souligné le Dr N._____. Les experts du B._____ ont eu une forte impression d'une amplification des symptômes

pour des raisons probablement sociales, l'intéressée étant dans une vision personnelle d'invalidité physique. Au demeurant, celle-ci ne présente aucun trouble de la personnalité et dispose de bonnes ressources externes, notamment avec la présence de son fils adulte à ses côtés.

Le dossier ne contient aucun élément pouvant remettre en question la capacité totale de travail constatée par les experts sur le plan psychique.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis la dernière décision d'octroi de prestations, puisqu'elle est désormais disposée d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

7. Il convient encore d'examiner le préjudice économique subi par la recourante.

a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidité), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être

réduites par des facteurs tels que l'âge ou le handicap. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) En l'espèce, l'OAI a retenu à juste titre que le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année 2016, soit lorsque l'état de santé de la recourante s'est amélioré.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'assurée ne conteste pas le montant de base fixé par l'intimé (47'025 fr. 09 en 2014), lequel n'est pas critiquable, mais uniquement l'indexation qu'il a effectuée afin de prendre en compte l'évolution des salaires entre 2015 et 2016. Effectivement, l'indexation pour ces années, pour les femmes, est de + 0.5 %, respectivement + 0.8 %, ce qui aboutit à un revenu sans invalidité de 47'638 fr. 30 au lieu de 47'543 fr. 68 (ATF 129 V 408).

Quant au revenu d'invalidé, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, il doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Le salaire mensuel retenu par l'ESS 2014 à ce titre pour les femmes s'élève à 4'300 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2014, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2016, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu sans invalidité, sur la base de l'ESS, s'élève ainsi à 4'482 fr. 75 par mois (4'300 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 53'793 fr. par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016, ce qui conduit à un gain annuel de 54'494 fr. 46 (+ 0.5 % en 2015, + 0.8 % en 2016). Dans la décision attaquée, l'intimé a opéré un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée. Ce taux tient suffisamment compte de ces différentes limitations et

pourrait également inclure celles dont se prévaut la recourante en rapport avec un gonflement régulier de sa main droite. Il convient donc de confirmer ce taux, de sorte que le revenu d'invalidé s'élève à 49'045 francs. Au demeurant, une déduction supérieure, de 15 %, ne permettrait quoi qu'il en soit pas à la recourante de conserver son droit à une rente d'invalidité.

Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une incapacité de gain nulle, insuffisante pour maintenir le droit de l'assurée à une rente (cf. art. 28 al. 2 LAI ; consid. 7a supra). Ainsi, sa situation a connu une amélioration notable et durable justifiant une révision, soit la suppression de la rente entière à partir du 1^{er} mars 2018. Cette date correspond au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse du 9 janvier 2018 (cf. art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 let. a RAI ; consid. 3b supra).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 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 (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 en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

La recourante bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier ayant renoncé à déposer la liste de ses opérations, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à 1'500 fr., débours et TVA compris.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 9 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Karim Hichri est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), débours et TVA compris.

- V.** La 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, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour A. _____)
- 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 :