

*Jurisprudence de la Cour des assurances sociales
Rechtsprechung der sozialversicherungs-
rechtlichen Abteilung*

**Assurance-invalidité
Invalidienversicherung**

*ATAC (Cour des assurances sociales) du 14 février 2012,
M. P.c. Office cantonal AI du Valais – TCV S1 11 157*

Révision d'office ; suppression de la rente ; assurée filmée à son insu par un détective privé ; licéité d'un tel moyen de preuve

- Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande réservée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 1 et 2 LPGA).
- Le fait de surveiller une personne en public ou même à son domicile, si celle-ci est visible depuis le domaine public, est un moyen admissible au niveau de la preuve en droit des assurances sociales.

Réf. CH: art. 28 LAI, art. 16 LPGA, art. 17 LPGA

Réf. VS: -

Revision von Amtes wegen; Aufhebung der Rente; Versicherter, der ohne sein Wissen von einem Privatdetektiv gefilmt wurde; Zulässigkeit eines solchen Beweismittels

- Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat (Art. 17 Abs. 1 und 2 ATSG).
- Die Überwachung einer Person im öffentlichen Bereich oder im privaten aber öffentlich einsehbaren Raum ist ein im Sozialversicherungsrecht zulässiges Beweismittel.

Ref. CH: Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG, Art. 17 ATSG

Ref. VS: -

Faits

A. Née en, M. P., a suivi une formation d'aide familiale et d'employée de maison. Mère de cinq enfants nés entre 1985 et 1996, elle a également travaillé comme concierge d'immeubles à O. Victime d'une fracture du radius gauche lors d'une chute survenue le 4 décembre 2003, elle a présenté par la suite une algoneurodystrophie du membre supérieur gauche, une dystonie focale de l'avant-bras et de la main gauche d'origine mixte, avec spasticité chronique en flexion complète des doigts, ainsi qu'un probable état dépressif réactionnel. Elle s'est en conséquence annoncée à l'assurance-invalidité en octobre 2005 en demandant une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.

L'Office cantonal AI du Valais (OAI) a procédé aux mesures d'instruction usuelles et a notamment mis en œuvre un stage de l'assurée au centre ORIPH d'Yverdon, du 4 au 29 septembre 2006. Il a ainsi pu constater que la requérante présentait un taux d'invalidité global de 94 %.

Par décision du 4 juillet 2007, l'intéressée a en conséquence été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2005.

B. L'OAI a procédé à une révision d'office de la rente le 12 janvier 2009. Après avoir organisé une expertise psychiatrique de l'assurée au centre d'expertises médicales de Nyon (CEMed) et pris connaissance de rapports de surveillance d'un détective privé mandaté par la Nationale Suisse, il a pu constater que l'état psychique de la requérante s'était amélioré et que cette dernière pouvait reprendre à 100 % toute activité adaptée à l'état de son bras gauche. Son taux d'invalidité a ainsi été ramené à 14 %, ce qui justifiait la suppression de sa rente au 1^{er} octobre 2011. Une décision dans ce sens lui a été notifiée le 4 août 2011.

C. En temps utile, soit le 14 septembre 2011, M. P. a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Contestant la valeur probante de l'expertise du CEMed, elle a conclu, sous suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision entreprise et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office intimé pour la mise en œuvre d'une expertise médicale.

L'OAI a déposé sa réponse au recours le 17 novembre 2011. Estimant avoir entrepris, à bon droit, une révision de la rente sur la base de l'expertise du CEMed et que les rapports médicaux recueillis, corroborés par les images de surveillance de la Nationale Suisse, avaient une valeur probante suffisante quant à la capacité de travail résiduelle de l'assurée, il a conclu, sous suite de frais, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

La recourante a répliqué le 23 décembre 2011 en contestant notamment l'interprétation faite par l'OAI des séquences vidéo fournies par la Nationale Suisse et en priant le tribunal de se prononcer sur la légalité de ce moyen de preuve. Elle a en outre déposé un rapport que le Dr Z. avait adressé à l'OAI le 9 juin 2011 et que l'intimé n'aurait pas pris en considération dans la décision litigieuse. Elle a enfin maintenu ses conclusions initiales.

Le 14 février 2012, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours.

Droit

1. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 1^{er} octobre 2011, singulièrement sur le taux de cette rente.

2.1 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Un taux d'invalidité dès 40 % ouvre le droit à un quart de rente, dès 50 % à une demi-rente, dès 60 % aux trois quarts de rente et dès 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 16 LPGA précise que 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.

2.2 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 (art. 17 al. 1 LPGA). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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.

L'art. 88bis al. 2a RAI précise que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Enfin, l'on rappellera que la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 110; 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2).

3.1 A la suite d'une chute sur le poignet gauche survenue le 4 décembre 2003, M. P. s'est fracturé le radius et a présenté une dystonie de la main gauche d'origine organique post-traumatique. Ne pouvant reprendre ses activités de concierge et d'aide familiale et rencontrant également des empêchements dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, elle a présenté un taux d'invalidité global de 94 % et a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2005.

3.2 En janvier 2009, l'OAI a procédé d'office à une révision du droit à la rente de l'assurée et a appris, au cours de cette procédure, que la Nationale Suisse avait mandaté un détective privé en vue d'une mesure de surveillance de l'intéressée, laquelle avait eu lieu entre août 2007 et décembre 2008 (21 jours d'observation faisant l'objet de 4 DVD). Il a en outre consulté le rapport d'expertise que le Dr W., neurologue, avait établi pour cette assurance le 30 mars 2009 et dans lequel il admettait que la patiente disposait d'une capacité de travail importante dans toute activité adaptée à son état de santé, ce que celle-ci a expressément admis. Au cours d'une audition du 13 janvier 2010, dame P. a d'ailleurs informé l'OAI qu'elle suivait une formation de trois ans d'auxiliaire en église depuis 2007, formation achevée en juin 2010.

Après avoir consulté son service médical régional (SMR), notamment le Dr T. psychiatre, et le Dr U., neurologue, l'office intimé a retenu un trouble dissociatif moteur (F44.4) et a constaté que la dystonie, d'abord d'origine post-traumatique, avait désormais une composante fonctionnelle. Aussi une expertise psychiatrique a-t-elle été requise du Dr X. du CEMed de Nyon.

Dans le rapport y relatif du 29 octobre 2010, l'expert a retenu le diagnostic de trouble dissociatif sans précision (F44.9) et a conclu à une incapacité de travail totale, laquelle était également due à la présence de conflits intrapsychiques et interpersonnels chez la patiente. Il a précisé qu'une amélioration clinique était attendue, laquelle pourrait intervenir rapidement. Ayant toutefois omis de visionner les DVD de la Nationale Suisse qui lui avaient été soumis avec la demande d'expertise, et ayant d'ailleurs admis que ses constatations lors de l'examen étaient à la limite de l'objectivable, le Dr X. a fait le nécessaire par la suite et, le 27 janvier 2011, a déposé un complément d'expertise. Il y a confirmé le diagnostic retenu, mais a conclu à une pleine capacité de travail de la recourante dans toute activité adaptée, sans restriction particulière.

A réception de ces rapports, le Dr T. a confirmé le diagnostic de trouble dissociatif moteur sans indice de gravité inhabituelle (F44.4) et a retenu que l'assurée était tout à fait en mesure de faire les efforts nécessaires pour surmonter ses symptômes psychogènes et reprendre le travail. Quant au Dr U., il a souligné que, sur le plan purement somatique, l'utilisation normale par intermittence de la main gauche de l'assurée était incompatible avec une dystonie d'origine organique.

Il a ainsi précisé que, sur le plan neurologique, la situation était claire dans la mesure où l'atteinte organique initiale avait été remplacée par une atteinte de nature fonctionnelle, non invalidante, ce qu'a confirmé le Dr X.

Sur la base de ces avis médicaux, l'OAI a supprimé le droit de la recourante à la rente avec effet au 1^{er} octobre 2011, l'intéressée étant apte à reprendre une activité lucrative adaptée à l'état de son bras gauche dans la même mesure qu'avant l'accident.

3.3 M. P. objecte principalement que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis la décision initiale de rente, que l'expertise du Dr X. n'est pas sérieuse et n'a aucune valeur probante et que les DVD de la Nationale Suisse ne sont pas suffisants pour prouver qu'elle peut utiliser sans limitation sa main gauche. Elle doute en outre de la légalité d'un tel moyen de preuve.

3.3.1 S'agissant de son premier grief, il convient de lui rappeler que l'OAI a procédé à une révision d'office de sa rente, en janvier 2009, comme l'avait proposé le SMR dans son rapport final du 27 mars 2007 au terme de la procédure initiale ayant abouti à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. D'autre part, l'on a vu ci-devant (consid. 2.2) que la rente pouvait être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé mais aussi lorsque celui-ci était resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain avaient subi un changement important. Or, l'OAI a constaté en l'occurrence non seulement une amélioration progressive de l'état de santé de l'assurée, confirmée par l'expertise du Dr X. et par les médecins du SMR, mais également que la recourante avait entrepris et achevé une nouvelle formation, ce qui justifiait la révision de sa rente. L'on soulignera en outre que l'assurée elle-même avait admis une amélioration de son état de santé puisque son mandataire avait expressément précisé à la Nationale Suisse le 4 septembre 2009 que sa « mandante serait d'accord d'admettre une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée » aux conditions posées dans ce courrier. C'est finalement une rente d'invalidité de 10 % seulement qui lui a été servie par l'assureur LAA dans sa décision du 3 août 2010, laquelle mettait un terme à la transaction passée avec l'intéressée.

Il s'ensuit que la décision entreprise échappe à toute critique s'agissant de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis la décision de l'OAI du 4 juillet 2007.

3.3.2 En ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux au dossier, la jurisprudence a rappelé à de nombreuses reprises qu'elle dépendait des points de savoir si l'acte en question était complet compte tenu des droits contestés, s'il était fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tenait compte des affections dont se plaignait l'intéressé, s'il avait été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical était cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale était claire, et si les conclusions de l'expert étaient dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et 3b/aa; 122 V 160 consid. 1c; RAMA 2000 p. 214 consid. 3a; 1991 p. 311; VSI 1997 p. 122 consid. 1 i.f.; ATCA J. du 5 septembre 2011, S1 11 87).

En l'espèce, l'expertise du Dr X. ne répond manifestement pas aux critères précités. Le Dr T. estime qu'elle n'est pas d'une bonne qualité médico-légale, l'expert omettant de se prononcer sur la question d'une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée (avis du 21 février 2011, p. 4).

L'on soulignera d'autre part que, dans un premier temps, l'expert a retenu (p. 14) le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) depuis le début de l'âge adulte, de trouble dissociatif, sans précision (F44.9) depuis 2004, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), celui-ci n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail de la patiente. Il a en outre clairement répondu (p. 3) par la négative à la question de savoir si, depuis l'octroi initial de la rente, il y avait eu une amélioration de l'état de santé physique de l'assurée. Celle-ci n'est toujours pas en mesure d'utiliser son membre supérieur droit (recte : gauche), même dans une activité adaptée (p. 13). Sa fragilité psychique empêche d'ailleurs tout investissement dans une activité régulière (p. 14). Sa capacité de travail est en conséquence nulle et des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables (p.15/16).

Après avoir visionné les DVD montrant l'assurée en train d'effectuer différentes tâches avec sa main gauche, l'expert a complètement modifié ses conclusions. Dans un courrier du 27 janvier 2011, il précise que son « diagnostic n'est pas modifié. Les troubles restent un compromis acceptable permettant de préserver un certain équilibre psychique. Toutefois, force est de constater qu'au quotidien, ils n'empêchent pas Madame P. d'utiliser son membre supérieur droit (recte : gauche) bien que cela se soit restreint par rapport à l'autre

membre supérieur. Il conviendrait dès lors d'envisager une activité qui soit adaptée à cette restriction. Si une activité pouvait être adaptée, elle pourrait dès lors être praticable à un taux de 100 %, sans restrictions particulières ».

La recourante reproche à juste titre au rapport du Dr X. un manque de précision et des contradictions (revirement complet quant à la capacité de travail de l'assurée, confusion entre bras droit et bras gauche, constatations objectives floues) qui lui ôtent toute valeur probante, d'autant que ce médecin a avoué au collaborateur de l'AI, le 5 novembre 2010, que ses constatations étaient à la limite de l'objectivable et qu'il désirait soustraire son expertise du dossier AI. L'assurée relève en outre qu'en tant que psychiatre, l'expert devait livrer des conclusions fondées sur un diagnostic médical et non pas sur la base d'une simple observation factuelle. Après avoir visionné les DVD, le Dr X. ne pouvait effectivement modifier complètement ses conclusions, sans changer son diagnostic, et passer de la reconnaissance d'une incapacité totale de travail à une capacité de 100 % dans un emploi adapté. Modifier une appréciation médicale sur la base d'une simple observation filmée de l'assurée utilisant sa main gauche revient à rendre inutile l'examen clinique de l'intéressée et à remettre en cause le bien-fondé de l'expertise. Il n'appartenait d'autre part pas au psychiatre de se prononcer sur l'état de la main gauche de la patiente, son rôle se limitant à l'aspect psychique de l'état de santé de la recourante et de son influence sur sa capacité de travail.

Pour toutes ces raisons, l'expertise, même succinctement complétée, du Dr X. n'emporte pas la conviction des juges et ne saurait, à elle seule, justifier la suppression de la rente puisqu'à la lecture de ce rapport il existe pour le moins des doutes sur la réelle capacité de travail de M. P.

3.3.3 Qu'en est-il dès lors des autres rapports médicaux au dossier ? L'expertise du 30 mars 2009 du Dr W., neurologue, complète et dûment motivée, et établie après le visionnement des DVD précités en compagnie de l'assurée et de feu son mari, répond aux requisits jurisprudentiels quant à sa valeur probante, même si elle était prioritairement destinée à l'assurance-accidents.

L'expert retient notamment (p. 32) le diagnostic de status après fracture du poignet gauche, manifestations de majoration, possible dystonie post-traumatique, état de stress important secondaire à des dissensions familiales, syndrome douloureux chronique. Au moment

de l'expertise, il existait une incapacité de travail totale en raison de la conjonction d'un syndrome douloureux chronique, d'une psychopathie réactionnelle d'origine multifactorielle et les troubles de la main gauche (p. 40). Le Dr W. précise toutefois qu'il n'existe pas d'attitude mono-manuelle droite, l'assurée pouvant utiliser sa main gauche dans des mouvements parfois même assez fins. Il préconise une réévaluation de la capacité de travail une fois la question psychiatrique résolue après une prise en charge spécialisée (p. 40). Il estime cependant qu'une activité de gardiennage ou de surveillance est envisageable, de même que certaines autres activités décrites par l'assureur-accidents qui ne mettent pas trop à contribution la main gauche de la patiente (p. 41 ss).

Après examen du dossier médical en sa possession, le psychiatre du SMR a d'abord retenu, le 6 avril 2010, un trouble dissociatif moteur F44.4 incapacitant en ayant la nette impression d'être en présence d'un cas de psychogénie profondément ancrée qui ne réagira que peu, même à un traitement psychothérapeutique approfondi, n'étant au demeurant pas certain qu'une indication pour un tel traitement serait posée par un spécialiste qualifié. Le 21 février 2011, soit à réception des deux rapports du Dr X., le Dr T. a confirmé son diagnostic, sans toutefois lui accorder une gravité inhabituelle. S'il estime que la qualité de l'expertise du Dr X. n'est pas bonne, il relève toutefois que sur la base du contenu médico-clinique obtenu au niveau psychiatrique par l'expert, en combinaison avec les documents antérieurs (que le Dr T. a analysés en détail avec le Dr U.), il peut conclure à une amélioration de l'état de santé de la patiente. Il en veut pour preuve que la rente initiale avait été accordée en raison d'une dystonie de la main gauche, laquelle était d'origine organique post-traumatique, puis, au fil de l'évolution, s'est installée une superposition fonctionnelle, psychogène et dissociative, qui s'est finalement retrouvée au premier plan. Grâce aux constatations cliniques du Dr X., le Dr T. peut affirmer que ce trouble psychique s'est développé au fur et à mesure que la maladie somatique initiale s'estompait et n'est pas de gravité incapacitante sur le plan psychiatrique. Il demande en conséquence au neurologue de déterminer si l'amélioration est également constatée du point de vue purement somatique et s'il existe une incapacité de travail dans son domaine.

Le Dr U. a répondu à cette question dans ses rapports des 8 avril 2010 et 24/25 février 2011. Si, dans un premier temps, il n'a retenu aucune amélioration de l'état de santé physique de l'assurée, il a bien

précisé que cela était dû à une composante fonctionnelle qui venait s'ajouter à la dystonie d'origine post-traumatique et qui nécessitait une prise en charge psychiatrique. Le 24 février 2011, il a précisé que dans la mesure où les troubles psychiques n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante, il lui incombait de déterminer la capacité de travail exigible sur le plan somatique. Il a ainsi constaté que la cause organique de la dystonie s'était améliorée dans la mesure où les observations ont démontré, sans équivoque, que la main gauche de l'intéressée pouvait être utilisée normalement ou presque. L'examen sous narcose effectué par la Dresse Q. avait permis d'écartier une pathologie locale sous-jacente. L'utilisation normale de la main par intermittence est incompatible avec une dystonie d'origine organique et signe une origine fonctionnelle en relation avec les atteintes exposées par le psychiatre. Sur le plan somatique, le Dr U. en conclut que c'est donc la preuve d'une amélioration incontestable de l'état de santé par rapport à l'atteinte organique initiale.

Le Dr U. ne retient ainsi aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée au-delà du mois de janvier 2011. Celle-ci est en mesure de reprendre à plein temps toute activité adaptée à l'état de son bras gauche.

Il s'ensuit que les constatations et les conclusions des spécialistes du SMR, fondées sur une étude approfondie du dossier et sur l'observation de la recourante dans diverses activités, ont pleine valeur probante dans la mesure où elles retiennent une capacité de travail entière de l'assurée dès janvier 2011 dans un emploi adapté à l'état de sa main gauche.

Certes, à réception du projet de décision de suppression de la rente, la recourante a consulté son médecin traitant (Dr Z.), lequel a fait état, le 9 juin 2011, d'autres affections (au niveau thoracique, du tunnel carpien droit et des épaules) pouvant avoir une influence sur la capacité de travail et rendant illusoire toute reprise d'une activité professionnelle. Ce rapport du médecin traitant, rédigé pour les besoins de la cause, ne contredit pas les constatations des spécialistes et ne saurait l'emporter sur ceux-ci; il ajoute simplement certaines affections aux diagnostics des psychiatres et neurologues sans préciser en quoi ces dernières empêcheraient, de façon objective, toute reprise d'une activité adaptée. L'avis du Dr Z. doit être considéré avec la réserve qui s'impose en raison de sa position particulière vis-à-vis de l'assurée (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc). Le médecin traitant est en effet, selon

l'expérience, enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3; 122 V 157 consid. 1c; arrêt I 188/06 du 12 avril 2007). Il n'a pas, d'emblée, de raisons de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient (ATF 125 V 353 consid. 3a/cc; 122 V 160 consid. 1c et les renvois; arrêt I 655/04 du 19 avril 2005).

La Cour constate d'autre part que les troubles mis en exergue par le Dr Z. avaient déjà été constatés par la Dresse O. lors du séjour de l'assurée au centre ORIPH d'Yverdon en septembre 2006 et ont également été pris en considération dans l'expertise du Dr W. du 30 mars 2009 et par les médecins du SMR. Il est d'autre part pour le moins surprenant que l'intéressée ne s'en soit pas plainte avant de recevoir le projet de décision du 25 mai 2011 et n'ait pas consulté de spécialiste à leur sujet. S'ils devaient s'aggraver à l'avenir, soin lui est laissé de présenter à l'OAI une demande de révision de son droit à la rente (art. 17 LPGA et 87 al. 3 et 4 RAI).

En l'état, et compte tenu des rapports probants des médecins du SMR, lesquels ont analysé de façon convaincante l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 4 juillet 2007, la Cour estime que le dossier médical est suffisamment instruit et lui permet une bonne intelligence de la cause. Elle ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pourrait lui permettre de mieux apprécier les faits pertinents de cette affaire. L'on rappellera qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. En l'espèce, les avis convainquants des spécialistes du SMR ont une valeur probante bien supérieure à celui, pour le moins contestable, du Dr X. et à celui du médecin traitant. L'on rappellera enfin qu'en septembre 2009 déjà l'assurée elle-même s'était dite apte à reprendre une activité adaptée à 100 % (cf. courrier de son mandataire du 4 septembre 2009) et qu'elle suivait à cette époque une nouvelle formation d'auxiliaire en église.

3.3.4 La Cour a d'autre part visionné les DVD déposés par l'OAI avec le dossier de l'assurée. A ce sujet, le Tribunal fédéral vient de confirmer, le 11 novembre 2011 (arrêt 8C_272/2011), que le fait de surveiller une personne en public ou même à son domicile, si celle-ci est visible depuis le domaine public, est un moyen admissible au niveau de la preuve en droit des assurances sociales (cf. aussi SVR 2012 IV n° 2 p. 4). Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 59 al. 5 LAI permet au demeurant aux offices AI de faire appel à des spécialistes pour lutter contre la perception induite de prestations.

En l'occurrence, l'assurée a été filmée entre août 2007 et décembre 2008 sur des lieux publics, devant son domicile, et à sa fenêtre, depuis le domaine public, par un détective privé commis par l'assurance-accidents. Les photos et séquences vidéo y relatives la montrent notamment en train d'utiliser normalement ou presque sa main gauche pour secouer des draps à sa fenêtre, conduire son véhicule, fermer la portière et actionner une vitre électrique, saisir des feuilles tombées à terre, lire le journal, tenir et porter différents objets. Il est ainsi démontré que la recourante peut se servir de sa main gauche - y compris dans des activités fines où elle peut utiliser la pince de cette main sans difficulté particulière - et qu'elle ne présente plus d'attitude mono-manuelle droite, comme c'était le cas dans les mois qui ont suivi l'accident. Son mandataire l'avait d'ailleurs déjà admis en septembre 2009 puisqu'il s'était déclaré d'accord avec la Nationale Suisse pour la reprise d'une activité adaptée à 100 %. L'on rappellera enfin que l'assurée avait entamé en 2007 une formation d'auxiliaire du ministère en église (responsable des enfants de chœur, préparation des confirmands, organisation de camps de vacances et de lotos) d'une durée de 3 ans, qui s'est achevée en juin 2010, attestant ainsi une évolution favorable de son état de santé.

Force est en conséquence d'admettre avec l'OAI que la reprise d'une activité adaptée était raisonnablement exigible de l'intéressée dans la même mesure qu'avant l'accident, déjà dès les premières observations du détective en août 2007.