

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1112/2017

ATAS/198/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 1<sup>er</sup> mars 2018**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à THONON-LES-BAINS, France,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-  
Josée COSTA

recourante

contre

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,  
sise place de Milan, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1951, travaillait auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA et était assurée à ce titre auprès de la Vaudoise générale compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur-accidents) contre le risque d'accidents, professionnels ou non, lorsque, le 23 septembre 2004, elle a fait une chute dans un établissement bancaire en France. Cette chute lui a occasionné une luxation antéro-externe de l'épaule droite avec atteinte du plexus brachial. Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur-accidents.
2. Le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a, dans un rapport du 20 octobre 2005, diagnostiqué un status après luxation de l'épaule droite, un status après lésion avec paralysie du plexus brachial droit - en voie de récupération, mais encore fortement algique -, un status après réaction de type algoneurodystrophie - avec quelques douleurs résiduelles - et un status après un traumatisme que le médecin a qualifié de probablement violent au vu des lésions occasionnées et de la réaction psychologique en rapport. L'incapacité de travail était complète dans toute activité.
3. En dates des 31 janvier et 21 août 2006, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste français en « réparation juridique du dommage corporel » mandaté par l'assureur responsabilité civile de la banque, a conclu que suite à la chute, l'assurée avait présenté une luxation antéro-interne de l'épaule droite, immédiatement compliquée de lésions neurologiques par probable mécanisme d'étirement du membre supérieur, responsable d'une élongation, voire d'un arrachement de certaines racines du plexus brachial droit. Les capacités de mobilisation du membre supérieur droit étaient très limitées, en particulier l'usage de la main droite. L'examen clinique permettait de constater une certaine amélioration des amplitudes de la mobilisation active de l'épaule, du coude et, dans une moindre mesure, du poignet droit. Les capacités fonctionnelles de la main droite étaient quasi inexistantes. La situation médicale restait évolutive.
4. Suite au dépôt par l'assurée d'une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), le service médical régional de celui-ci (ci-après : SMR) s'est exprimé en date du 30 janvier 2007 : la chute avait entraîné une luxation antéro-interne de l'épaule droite et une paralysie du membre supérieur droit par traumatisme du plexus brachial droit ; la paralysie du membre supérieur droit prédominait au niveau de la main et du poignet, rendant ce membre non fonctionnel. Le déficit moteur s'était compliqué d'une algoneurodystrophie, puis d'un syndrome douloureux chronique d'allure neurogène. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis l'accident.

5. Par décision du 28 mars 2007, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005.
6. Le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a, dans un rapport du 17 octobre 2008, conclu que, compte tenu de l'ensemble des éléments à sa disposition, il ne faisait guère de doute que l'assurée avait été victime d'une chute avec choc sur l'épaule et le bras droits ayant entraîné une luxation antéro-interne de l'épaule et, secondairement, une atteinte plexuelle brachiale sévérissime. Il a expliqué avoir pu observer à plusieurs reprises, en tant que neurologue, des victimes d'atteintes plexuelles brachiales sévérissimes après des chutes de leur hauteur tout à fait banales. En l'occurrence, l'importance de l'atteinte plexuelle brachiale initiale ne faisait pas de doute.

L'évolution avait été défavorable : l'assurée avait indubitablement présenté une algoneurodystrophie confirmée à la scintigraphie, dont on voyait d'ailleurs encore quelques séquelles à l'examen clinique.

Quatre ans après la chute, la situation était stabilisée. La récupération ultérieure des déficits moteurs et sensitifs sur un plan strictement somatique était pratiquement exclue compte tenu des normes de repousse neurophysiologique. Il était évident que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans toute autre potentiellement exigible, vraisemblablement à titre définitif. Le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 50%.

7. Par décision du 6 novembre 2008, l'assureur-accidents a reconnu à l'assurée une invalidité totale et lui a alloué une rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008, assortie d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%.
8. Une procédure d'indemnisation a été ouverte par l'assurée en France, à laquelle a participé l'assureur-accidents par l'intermédiaire de son médecin conseil, le docteur F\_\_\_\_\_, et de son conseil juridique, Maître Frédéric NOETINGER-BERLIOZ.
9. Dans le cadre de cette procédure, l'assurée a été soumise à des expertises neurologique (rapport du docteur G\_\_\_\_\_ du 28 octobre 2008) et orthopédique (rapport du docteur H\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2008).
10. Par jugement du 6 janvier 2011, le Tribunal de Grande Instance de Thônon-les-Bains a écarté ces expertises et désigné un nouvel expert, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste en réparation du dommage corporel.
11. A la demande de ce dernier, l'assurée a été soumise à une expertise effectuée par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialisé en psychiatrie, qui a estimé que la paralysie de sa main droite n'était qu'une pseudo-paralysie, non neurologique, entrant dans le cadre de manifestations somatoformes (rapport du 28 février 2012).
12. Le 18 mai 2012, un examen des « potentiels évoqués somesthésiques » (ci-après : PES) a été effectué par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialisé en neurologie, qui a constaté l'absence de réponse périphérique ou centrale, tant à la stimulation du nerf médian

qu'à celle du nerf cubital. Les tracés gauches étaient normaux (rapport du 22 mai 2012).

13. Le 22 mai 2012, un électromyogramme (ci-après : EMG) a été pratiqué par le docteur L\_\_\_\_\_, de l'hôpital neurologique de Lyon.
14. Dans un rapport du 27 mai 2012 adressé à l'assureur-accidents, le Dr F\_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'examen des PES et l'EMG précités remettaient en cause l'intégralité des conclusions des experts s'étant précédemment exprimés : selon lui, ces examens apportaient la preuve d'un élément organique sévère, même s'il existait, sous-jacent, un élément neuropsychologique parfaitement compréhensible par la longueur de l'évolution de l'affection et le vécu de celle-ci.
15. Suite à cela, le Dr I\_\_\_\_\_ a mandaté deux nouveaux experts : les docteurs M\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et N\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie.
16. Sur mandat de la banque, un détective privé a surveillé l'assurée le 6 décembre 2012 et établi un rapport daté du 19 décembre 2012.
17. Par simple courrier du 8 février 2013 à l'assurée, l'assureur-accidents a suspendu le versement de la rente d'invalidité dans l'attente des conclusions définitives des experts français en se targuant du fait que le rapport du détective privé laissait apparaître que ses troubles n'étaient pas forcément aussi importants que ce qui avait été retenu jusqu'alors.
18. À la demande de la Dresse M\_\_\_\_\_, le professeur O\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a effectué un nouvel examen des PES. Selon lui, les PES objectivaient incontestablement une perte axonale majeure en périphérie dans le nerf médian et le nerf radial droit, ainsi que dans le nerf cubital du même côté, mais avec une persistance de quelques fibres fonctionnelles dans ce dernier tronc nerveux. La souffrance périphérique des fibres sensibles du membre supérieur droit était absolument indiscutable. Tous les mouvements des doigts dans les trois territoires nerveux étaient impossibles (cf. son rapport du 3 juin 2013 à la Dresse M\_\_\_\_\_).
19. Après examen de l'assurée, la Dresse M\_\_\_\_\_ a rappelé que la chute en avant en butant sur une marche avait entraîné une luxation antéro-interne de l'épaule droite, réduite sous anesthésie générale. Dès le réveil, l'assurée avait souffert d'intenses douleurs et d'une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit rapportées dans les semaines suivantes à une atteinte sévère mais incomplète du plexus brachial. Les doléances persistaient depuis huit ans. Certes, l'assurée décrivait des douleurs plus importantes que ce qui était habituellement observé à la phase séquellaire des atteintes du plexus brachial, l'impotence fonctionnelle alléguée était plus importante que le déficit objectif constaté et, à l'examen, il y avait une relative dissociation automatico-volontaire, si bien qu'un trouble somatoforme avait été évoqué. Il n'en restait pas moins qu'il y avait, au plan clinique, confirmé par une évaluation électrophysiologique très complète et répétée, un dysfonctionnement sévère dans les trois territoires du plexus brachial droit, et seulement au niveau distal, la ceinture scapulaire et le biceps étant épargnés. Les conséquences

personnelles et sociales du handicap étaient la source d'une souffrance psychique chez l'assurée. Sa personnalité (et peut-être le sentiment que ses difficultés seraient sous-estimées) conférait sans doute aux symptômes leur expression emphatique (cf. rapport du 4 octobre 2013).

20. A la demande de l'assurée, Maître Christophe HANIFI, huissier de justice à Annemasse, a établi un procès-verbal le 9 octobre 2013 constatant notamment que le manteau qu'elle portait le 6 décembre 2012, jour de la surveillance, ne comportait aucun bouton, ni boutonnière, contrairement à ce qu'avait allégué le détective.
21. Le 21 octobre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a estimé, après discussion avec les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, que le film réalisé par le détective pouvait être écarté : il n'apportait pas d'éléments probants concernant l'état séquellaire de l'assurée et les images étaient tout à fait compatibles avec l'ensemble des examens réalisés.

Après avoir rappelé les conclusions de la Dresse M\_\_\_\_\_, le Dr I\_\_\_\_\_ a constaté que, sur le plan psychiatrique, le Dr N\_\_\_\_\_ ne retenait aucune séquelle. Il évoquait une iatrogénie expertale, dans la mesure où, au cours des neuf années s'étant écoulées depuis l'accident, l'assurée n'avait pu faire reconnaître de façon définitive son handicap, ce qui générait une augmentation des souffrances endurées.

Selon le Dr I\_\_\_\_\_, les séquelles directes dues à l'accident étaient des lésions distales et partielles du plexus brachial droit, dans le territoire médian, cubital et radial, au niveau du poignet et de la main droite. Ces lésions avaient été compliquées temporairement par une algodystrophie sévère du membre supérieur droit, qui avait pu être considérée comme consolidée à partir du 17 février 2006.

Neuf ans après l'accident, persistait une atteinte des nerfs médians, ulnaires (cubital) et radial, épargnant le circonflexe et le musculo-cutané au niveau du membre supérieur droit, dominant. Ceci impliquait que la mobilité de l'épaule et du bras était conservée. Les examens du 3 juin 2013 étaient objectifs, complets et totalement informatifs sur les séquelles réelles de l'assurée. La consolidation de l'état séquellaire était fixée au 3 juin 2013, date de l'examen des PES. L'atteinte neurologique était définitive. Il n'existait pas d'amyotrophie patente au niveau du membre supérieur droit. En revanche, des douleurs du membre supérieur droit persistaient, de type névralgique, nécessitant des traitements intermittents.

Le déficit fonctionnel partiel avait été :

- de 60% du 24 septembre 2004 au 17 février 2006, période pendant laquelle le membre supérieur droit avait été atteint et totalement invalide, avec présence d'une algodystrophie sévère ;
- de 50% du 18 février 2006 au 23 septembre 2007, soit trois ans après l'accident (laps de temps nécessaire pour pouvoir affirmer qu'il n'y aurait plus d'évolution objective des séquelles) ;
- et de 40% du 24 septembre 2007 au 2 juin 2013, date de la consolidation.

Un reclassement dans une activité adaptée aurait été possible dès le 24 septembre 2007, dans une profession ne demandant pas d'effort important de la main droite, dominante. Ce reclassement restait illusoire du fait de la difficulté à trouver une profession adaptée et de l'âge de l'assurée (56 ans en 2007).

22. Dans un rapport du 26 octobre 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ a conclu que l'assurée ne présentait ni symptômes de type post-traumatique, ni symptômes dépressifs. L'authenticité du problème somatique au niveau du membre supérieur droit n'avait pas été toujours reconnue, ce qui avait entraîné une souffrance psychique chez l'assurée.
23. Le 2 décembre 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué au Dr I\_\_\_\_\_ qu'il était entièrement d'accord avec ses conclusions, à l'exception de la date à laquelle l'assurée devait prendre sa retraite.
24. Dans un rapport du 13 décembre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions en se référant notamment à son rapport du 21 octobre 2013.
25. Le 20 mai 2014, l'assurée a requis de la part de l'assureur-accidents la reprise du versement de la rente.
26. Le 19 juin 2014, l'assureur-accidents lui a répondu qu'il restait dans l'attente d'une décision définitive du Tribunal de grande instance de Thônnon-les-Bains et que par ailleurs, au vu des résultats de l'expertise judiciaire, l'atteinte à sa capacité de travail paraissait bien réduite par rapport à ce qu'elle avait pu être.
27. Le 7 octobre 2014, l'assureur-accidents a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour un examen qu'il a justifié par le fait que, dans le cadre du procès en France, l'assurée avait été soumise à de nombreuses expertises, qui, toutes, avaient souligné la divergence entre l'intensité de ses plaintes et les troubles objectivables ; s'ensuivait un soupçon de majoration des troubles, renforcé par un rapport de surveillance.
28. Le 15 octobre 2014, l'assureur-accidents a informé l'assurée qu'une expertise neurologique et psychiatrique allait être mise en œuvre auprès de la CRR.
29. Le 29 octobre 2014, la CRR a convoqué l'assurée pour une évaluation fonctionnelle fixée le 17 novembre 2014.
30. Le 30 octobre 2014, l'assurée a informé l'assureur-accidents qu'elle refusait de se soumettre à de nouveaux examens. Elle lui a rappelé que le rapport du détective privé avait été écarté par les Drs I\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.
31. Par courrier du 7 novembre 2014, l'assureur-accidents a sommé l'assurée de se conformer à son devoir de collaborer, prérequis indispensable à l'examen de son droit à une rente d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> février 2013 : il lui incombait de se présenter à la CRR le 17 novembre 2014, faute de quoi le dossier serait clos en l'état et les frais du rendez-vous manqué (CHF 2'500.- facturés par la CRR) mis à sa charge.

32. Par téléphone du 17 novembre 2014, l'assureur-accidents a justifié l'examen sollicité par les incohérences mises en avant dans l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ ; selon lui, il convenait d'éclaircir la question de savoir si les séquelles de l'accident justifiaient toujours une invalidité totale.
33. Le 17 novembre 2014, l'assurée ne s'est pas présentée à la CRR.
34. Le 26 février 2015, le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin conseil de l'assureur-accidents, a établi un rapport au terme duquel il a conclu qu'aucun substrat anatomique expliquant de manière durable les plaintes de l'assurée, consistant essentiellement dans la non-utilisation de son membre supérieur droit, n'avait pu être mis en évidence ; selon lui, cette longue évolution n'était pas explicable médicalement. Malgré la persistance d'un déficit neuromusculaire au niveau de la main droite, l'attitude de l'assurée n'était médicalement pas compréhensible. Le médecin concluait dès lors à un trouble somatoforme douloureux persistant, voire à un trouble de somatisation surajouté. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative, les troubles de somatisation ne contribuaient pas à une réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé. Le comportement démonstratif et le refus de collaborer de l'assurée avaient empêché non seulement ses médecins et thérapeutes de lui prodiguer les traitements qui auraient pu soutenir et accompagner ses progrès réels mais lui avaient également interdit toute réintégration professionnelle. Comme le relevait le Dr I\_\_\_\_\_, un reclassement professionnel aurait été possible dans une profession adaptée (par exemple réceptionniste) à compter de septembre 2007.
35. Par décision du 27 février 2015, l'assureur-accidents a mis fin au versement de la rente avec effet au 28 février 2013 sur la base du dossier et de l'avis de son médecin-conseil. Il a considéré que l'évolution atypique du cas était due à un trouble somatoforme douloureux et qu'à elle seule, l'atteinte distale, finalement objectivée, n'aurait pas empêché l'assurée d'exercer une activité adaptée à 100%, comme réceptionniste, par exemple. Il convenait dès lors de mettre un terme au versement de la rente d'invalidité avec effet au 28 février 2013. Par ailleurs, l'assurée était tenue de payer la somme de CHF 2'500.- correspondant aux frais facturés par la CRR.
36. Le 19 mars 2015, l'assureur-accidents a proposé à l'assurée de lui verser sa rente du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 août 2015 pour solde de tout compte, sous déduction des CHF 2'500.- de frais d'examen de la CRR.
37. Par courrier du 23 mars 2015, l'assurée s'est opposée à la décision du 27 février 2015.
38. Le 31 mars 2016, le Tribunal de grande instance de Thônnon-les-Bains s'est déclaré incompétent pour statuer sur la reprise du versement de la rente d'invalidité par l'assureur-accidents.
39. Le 16 juin 2016, l'assurée a complété son opposition, en contestant tant la nécessité que le caractère raisonnablement exigible d'un nouvel examen, l'expertise française

étant suffisante. Elle niait en outre toute valeur probante au rapport du Dr P \_\_\_\_\_ - en faisant notamment remarquer que celui-ci ne démontrait pas en quoi son état de santé se serait amélioré depuis l'octroi initial de la rente - et contestait par ailleurs son obligation de rembourser les CHF 2'500.-.

40. Après avoir sollicité à plusieurs reprises des informations sur l'avancement de son dossier, l'assurée, par écriture du 13 janvier 2017, a saisi la Cour de céans d'un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assureur-accidents.
41. Le 23 février 2017, l'assureur-accidents a rendu une décision sur opposition aux termes de laquelle il a confirmé sa décision du 27 février 2015.

Selon lui, il résultait du dossier que les troubles fonctionnels allégués au niveau du membre supérieur droit avaient été surestimés. Certes, il ressortait du rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2013, qu'un déficit neurologique permanent persistait, sans amyotrophie patente et sans altération de la mobilité au niveau de l'épaule et du bras, de même que des douleurs de type névralgique nécessitant des traitements intermittents. Cependant, le déficit fonctionnel était jugé en baisse progressive depuis l'accident, pour se limiter à un taux permanent de 35% dès le 3 mars 2013 et un reclassement professionnel dans une activité adaptée aurait été possible dès le 24 septembre 2007.

Le rapport du détective démontrait clairement une utilisation parfaitement possible du bras droit, même s'il n'était pas exact que l'assurée avait pu boutonner son manteau avec sa main droite.

Dans ces conditions, il fallait conclure à une modification clairement attestée de l'état de santé de l'assurée depuis l'octroi de la rente, en novembre 2008, de sorte que les conditions d'une révision étaient remplies. Les expertises françaises ne permettaient toutefois pas de définir concrètement les limitations fonctionnelles encore présentes et donc l'existence d'une éventuelle limitation de la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, raison pour laquelle l'assureur avait souhaité procéder à une évaluation fonctionnelle précise et minutieuse. Il s'agissait selon lui non pas de contester les rapports des experts français, mais d'éclaircir un aspect du problème qu'ils n'avaient pas à traiter directement.

Vu le refus de l'assurée de se soumettre à une expertise, l'assureur s'estimait en droit de soumettre le cas à son médecin conseil, lequel s'était prononcé sur la base de l'ensemble des expertises et autres pièces au dossier - y compris les plaintes de l'assurée -, et pas uniquement en fonction du rapport du détective.

42. Par arrêt du 9 mars 2017, la Cour de céans a rayé la cause du rôle, en constatant toutefois l'existence d'un déni de justice de la part de l'assureur-accidents (ATAS/198/2017).
43. Par acte du 27 mars 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 23 février 2017, en concluant, sous

suite de frais et dépens, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 28 février 2013 et à ce que soit constatée l'absence d'obligation de sa part de payer la somme de CHF 2'500.-.

La recourante reproche notamment à l'intimé un comportement contradictoire : l'intimé a d'abord allégué attendre les conclusions des experts français pour statuer, puis tenté de négocier, pour finir par prétexter la nécessité d'une nouvelle expertise.

Selon la recourante, les expertises réalisées en 2013, synthétisées dans le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2013, remplissent les réquisits jurisprudentiels. Les experts français se sont prononcés sur son incapacité de travail et ont constaté que la situation est restée inchangée depuis septembre 2007. Le rapport de surveillance du détective a été écarté après qu'un huissier a constaté que ses conclusions ne correspondaient ni à la réalité, ni aux images tournées. L'intimé disposait donc de tous les éléments pour statuer et il n'était ni nécessaire, ni raisonnablement exigible de la soumettre à une nouvelle expertise.

La recourante conteste par ailleurs l'existence de motifs de révision du droit à la rente. Le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu à une atteinte des nerfs médians, ulnaires et radial persistante, à une atteinte neurologique définitive et à un déficit permanent inchangé depuis septembre 2007. Certes, il a mentionné la possibilité d'un reclassement à compter du 24 septembre 2007, soit antérieurement à la décision du 6 novembre 2008, mais il a également qualifié cette hypothèse d'illusoire, vu la difficulté à trouver une activité adaptée.

La recourante fait valoir que l'activité de réceptionniste proposée par l'intimé est une aberration s'agissant d'une personne droitrière ne pouvant utiliser sa main droite.

Quant au rapport du Dr P\_\_\_\_\_, elle lui conteste toute valeur probante et relève qu'en tout état de cause, il ne fait nullement état d'une amélioration de son état de santé. Il s'agit simplement d'une nouvelle appréciation d'un état de fait resté inchangé.

La recourante en tire la conclusion qu'aucun élément au dossier ne vient étayer une modification de son état de santé depuis qu'a été rendue la décision du 6 novembre 2008.

La recourante rappelle que l'intimé lui-même a proposé de reprendre le versement de la rente durant une période limitée au 31 août 2015.

Selon elle, les données médicales récentes confirment que son état de santé est demeuré inchangé. Elle en veut pour démonstration les rapports établis le 7 mars 2017 par le docteur Q\_\_\_\_\_, anesthésiste, et le 20 mars 2017, par Monsieur R\_\_\_\_\_, kinésithérapeute.

44. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 mai 2017, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait valoir que le rapport de surveillance n'était erroné que sur la question de savoir si la recourante avait boutonné son manteau ; le constat d'huissier ne prouve nullement que les autres éléments constatés seraient faux.

Il maintient que, selon le Dr I\_\_\_\_\_, un reclassement professionnel aurait été possible à partir du 24 septembre 2007. Le fait que ce reclassement soit illusoire en raison de la difficulté à trouver une profession adaptée et de l'âge de la recourante, n'est pas déterminant en droit suisse.

Vu les doutes sur l'importance des limitations fonctionnelles alléguées et les résultats finaux des expertises françaises concernant l'exigibilité, qualifiés de « peu convaincants », l'intimé considère qu'il était en droit d'ordonner une nouvelle expertise.

À partir du 1<sup>er</sup> mars 2013, l'assurée n'a, en raison de son refus de collaborer, pas satisfait à l'obligation de prouver son droit à la poursuite du paiement d'une rente d'invalidité. Par conséquent, la décision litigieuse est pleinement justifiée.

A l'appui de sa position, l'intimé a produit un dossier de 389 pièces.

45. Le 19 juin 2017, la recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions.

Elle fait notamment remarquer que le constat d'huissier a également permis d'attester que les prétendues constatations du détective n'étaient pas étayées par des photographies et que tant l'avocat de l'intimé que le Dr F\_\_\_\_\_ ont accepté que le rapport de surveillance soit écarté par les experts judiciaires.

Elle souligne que les expertises françaises ont confirmé l'absence d'amélioration de son état de santé, et donc l'existence d'un motif de révision valable justifiant la suppression de sa rente. Le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ ne fait pas non plus état d'une amélioration de son état de santé.

Dès lors, une nouvelle expertise n'était ni nécessaire, ni raisonnablement exigible.

46. Le 11 janvier 2018, la Cour de céans a octroyé un délai aux parties pour qu'elles se déterminent formellement sur la question d'une éventuelle reconsidération de la décision du 6 novembre 2008.

47. Le 31 janvier 2018, la recourante s'est opposée à une reconsidération de la décision du 6 novembre 2008, au motif que celle-ci aurait été rendue à l'issue d'une instruction médicale complète, que les faits auraient été correctement appréciés et les dispositions légales topiques dûment appliquées.

48. Le 1<sup>er</sup> février 2018, l'intimé a soutenu pour sa part que la décision du 6 novembre 2008 était vraisemblablement manifestement erronée, en ce sens que l'admission d'une invalidité totale ne reposait pas sur des éléments suffisamment probants. En effet, l'expertise du 13 décembre 2013 du Dr I\_\_\_\_\_ avait retenu qu'un reclassement professionnel aurait été possible dès le 24 septembre 2007.

49. Sur ce, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a mis fin au versement de la rente d'invalidité de la recourante au 28 février 2013.
5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 ; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés

sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Selon la jurisprudence, il importe, dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al.1 LPGA, que toute appréciation médicale qui diverge des avis médicaux précédents indique de manière suffisamment claire dans quelle mesure une modification de l'état de santé s'est produite depuis la dernière décision. La valeur probante d'un rapport médical produit en vue d'une révision du droit aux prestations dépend essentiellement du point de savoir s'il se rapporte de manière suffisamment étroite à l'objet de la preuve, soit l'existence d'une modification significative de l'état de fait. Lorsqu'une telle modification n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1), le principe du fardeau de la preuve commande de s'en tenir au statu quo (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.3. et 2.4 et les arrêts cités).

On ajoutera que le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (sur les exigences en matière de preuve pour une évaluation médicale dans le cadre d'une révision, voir arrêts du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2, in SVR 2012 n° 18 p. 81 et 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6, in SVR 2013 IV n°44 p. 134).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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. 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

9. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

- 
10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références).

12. a. En l'espèce, l'intimé soutient que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis la décision de rente du 6 novembre 2008, ce que l'intéressée conteste.

Il convient dès lors de comparer les faits tels qu'ils se présentaient le 6 novembre 2008, date de l'octroi de la rente, aux circonstances prévalant le 23 février 2017, date de la décision litigieuse.

b. Le 17 octobre 2008, le Dr E\_\_\_\_\_, mandaté par l'intimé, a constaté que la chute avait entraîné une luxation antéro-interne de l'épaule et une atteinte plexuelle brachiale sévère. Une scintigraphie avait confirmé la présence d'une algoneurodystrophie, dont on voyait encore quelques séquelles à l'examen clinique. Il était indubitable, sur la base de la description des troubles et des constatations, qu'il existait des douleurs neurogènes importantes. Quatre ans après la chute, la situation était stabilisée, une récupération ultérieure des déficits moteurs et sensitifs

était pratiquement exclue compte tenu des normes de repousse neurophysiologique. Il était évident que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité exercée préalablement et dans toute autre activité potentiellement exigible.

c. Postérieurement à la décision d'octroi de rente du 6 novembre 2008, plusieurs expertises ont été effectuées dans le cadre de la procédure d'indemnisation ouverte en France et à laquelle l'intimé a pu participer par l'intermédiaire, notamment, de son médecin-conseil, le Dr F\_\_\_\_\_.

Il n'y a pas lieu ici de revenir ici sur les rapports rendus par les Drs G\_\_\_\_\_ (le 28 octobre 2008), H\_\_\_\_\_ (le 16 décembre 2008) et J\_\_\_\_\_ (le 28 février 2012), puisque les conclusions de ces spécialistes ont été remises en cause par un examen des PES et un EMG apportant la preuve d'un élément organique sévère (rapport du 27 mai 2012 du Dr F\_\_\_\_\_), à la suite desquels le Dr I\_\_\_\_\_, expert judiciaire, a décidé de mandater deux nouveaux spécialistes, la Dresse M\_\_\_\_\_ et le Dr N\_\_\_\_\_.

Sur le plan neurologique, la Dresse M\_\_\_\_\_ a indiqué, après avoir fait procéder à un nouvel examen des PES par le Prof. O\_\_\_\_\_ le 3 juin 2013, que la recourante avait subi, suite à sa chute, une luxation antéro-interne de l'épaule droite et une atteinte sévère, mais incomplète, du plexus brachial. Après huit ans, les doléances persistaient. Il y avait, au plan clinique, confirmé par une évaluation électrophysiologique très complète et répétée, un dysfonctionnement sévère dans les trois territoires du plexus brachial droit et seulement au niveau distal, la ceinture scapulaire et le biceps étant épargnés.

Sur le plan psychique, le Dr N\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de toute atteinte.

Dans son rapport final du 13 décembre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu que les séquelles dues à l'accident étaient des lésions distales et partielles du plexus brachial droit, dans le territoire médian, cubital et radial, au niveau du poignet et de la main droite, compliquées temporairement par une algodystrophie sévère du membre supérieur droit. Neuf ans après l'accident, il persistait une atteinte des nerfs médians, ulnaires (cubital) et radial, épargnant le circonflexe et le musculo-cutané au niveau du membre supérieur droit, dominant.

La Cour de céans est d'avis que les expertises judiciaires des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ répondent aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elles se fondent en effet sur un examen clinique de la recourante et sur l'étude approfondie de son dossier médical, tiennent compte des plaintes exprimées et contiennent une anamnèse, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. Au demeurant, les parties ne contestent pas la valeur probante de ces trois rapports.

La Cour de céans constate par ailleurs que le Dr I\_\_\_\_\_, se référant aux conclusions des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, a fait pour l'essentiel des constatations identiques aux observations médicales effectuées avant le 6 novembre 2008, soit l'existence chez la recourante d'une atteinte plexuelle brachiale. Il n'y a en outre aucun élément dans les rapports établis par les experts français faisant état de

l'existence d'une amélioration de l'état de santé de la recourante qui serait survenue postérieurement au 6 novembre 2008. Au contraire, le Dr I\_\_\_\_\_ est parvenu à la conclusion que, neuf ans après l'accident, les lésions distales et partielles du plexus brachial droit dans le territoire médian, cubital et radial au niveau du poignet et de la main droite persistaient encore. De surcroît, il a estimé que, depuis le 24 septembre 2007, il n'y avait plus eu d'évolution objective des séquelles.

Partant, les experts français n'ont ni mis en évidence, ni conclu à une modification de l'état de santé de la recourante postérieure au 6 novembre 2008.

Le Dr I\_\_\_\_\_ estime certes, contrairement au Dr E\_\_\_\_\_, qu'un reclassement dans une activité adaptée aurait été possible dès le 24 septembre 2007.

La Cour de céans relève toutefois que, dans la mesure où ces deux spécialistes font état des mêmes atteintes, les discordances entre leurs avis médicaux sur la capacité de travail de la recourante relèvent, de toute évidence, d'une évaluation différente d'une situation restée inchangée, ce qui ne constitue pas en soi un motif suffisant pour fonder une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Pour justifier la fin du versement de la rente, l'intimé se réfère également à l'avis de son médecin-conseil, le Dr P\_\_\_\_\_.

Celui-ci a estimé qu'aucun substrat anatomique expliquant de manière durable les plaintes de la recourante n'avait été mis en évidence et qu'il fallait dès lors conclure à un trouble somatoforme douloureux persistant, voire à un trouble de somatisation surajouté, qui, vu l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative, devait être considéré comme non invalidant.

La Cour de céans constate que les conclusions auxquelles a abouti le Dr P\_\_\_\_\_ ne résultent pas d'une discussion générale où seraient intégrées, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse complète et les indications subjectives. En effet, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, s'est contenté d'exposer certains extraits du dossier médical et non médical, pour en conclure que la recourante souffre d'un trouble psychiatrique. À cet égard, il semble utile de rappeler que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 784/04 du 20 juin 2005 consid. 2.2). Or, le Dr P\_\_\_\_\_ ne dispose pas d'une formation spécialisée en psychiatrie, contrairement au Dr N\_\_\_\_\_.

En outre, à l'appui de ses conclusions, le médecin-conseil se fonde notamment sur les rapports des Drs H\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ ainsi que sur celui du détective. Tous ces rapports ont pourtant été écartés par le Dr I\_\_\_\_\_, expert judiciaire. S'agissant en particulier du rapport de surveillance, les Drs I\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ont reconnu qu'il n'apportait pas d'éléments probants concernant l'état séquellaire de la recourante.

---

Par ailleurs, le Dr P\_\_\_\_\_ estime qu'aucun substrat anatomique expliquant de manière durable les plaintes de la recourante n'a été mis en évidence. Ces conclusions divergent totalement de celles émises par les experts judiciaires français et sont contredites par les examens de mai 2012 qui ont apporté la preuve d'un élément organique sévère (rapport du 27 mai 2012 du Dr F\_\_\_\_\_ ) et qui ont été corroborés par un nouvel examen des PES effectué en juin 2013 (rapport du 3 juin 2013 du Prof. O\_\_\_\_\_ et rapport du 4 octobre 2013 de la Dresse M\_\_\_\_\_).

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante suffisante et qu'il n'est en tout cas de nature à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions des experts français. Il ne permet donc pas non plus de retenir que l'état de santé de la recourante se serait modifié de manière à entraîner une révision de son droit à la rente.

Compte tenu de ce qui précède, force est de conclure qu'aucun rapport médical versé au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé, postérieurement au 6 novembre 2008, justifiant l'application de l'art. 17 LPGA.

13. Il convient encore d'examiner si la décision du 6 novembre 2008 doit faire l'objet d'une reconsidération.
14. a. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des

conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 141 V 405 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2016 du 16 août 2016 consid. 2).

b. En l'occurrence, l'intimé fait valoir que sa décision du 6 novembre 2008 serait manifestement erronée. Il soutient qu'elle ne reposait pas sur des éléments suffisamment probants, puisque l'expertise du 13 décembre 2013 du Dr I\_\_\_\_\_ avait retenu qu'un reclassement professionnel aurait été possible dès le 24 septembre 2007.

La recourante soutient quant à elle que les conditions d'une reconsidération ne seraient pas remplies.

Pour rendre sa décision d'octroi de rente d'invalidité, l'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 17 octobre 2008. Cette expertise satisfait aux conditions dégagées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier médical de la recourante, un examen et des observations cliniques, et ses conclusions concernant l'incapacité de travail de la recourante dans toute activité sont claires et motivées.

Certes, contrairement au Dr E\_\_\_\_\_, le Dr I\_\_\_\_\_ a estimé qu'un reclassement aurait été possible dès le 24 septembre 2007, soit antérieurement à l'examen effectué par le Dr E\_\_\_\_\_ et à la décision du 6 novembre 2008. Or, conformément à la jurisprudence exposée, le simple fait qu'une appréciation différente des faits à la base de la décision sujette à reconsidération soit possible, ne permet nullement de retenir que la décision du 6 novembre 2008 était manifestement erronée. En effet, le caractère inexact d'une appréciation doit plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels. Or, tel n'était pas le cas en l'espèce. Rien ne permet de retenir que l'intimé a statué sur la base d'un dossier manifestement insuffisant ou lacunaire ou qu'il aurait fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation. Il n'y avait en effet aucun élément médical divergent au dossier, étant relevé au surplus que les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ étaient corroborées par l'avis du SMR qui avait également retenu une incapacité de travail totale dans toute activité en raison des atteintes causées par l'accident du 23 septembre 2004 (rapport du 30 janvier 2007).

Ainsi, au regard des éléments dont disposait l'intimé au moment de rendre sa décision du 6 novembre 2008, il n'y a pas lieu de considérer qu'il a fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation en retenant que la recourante souffrait d'une atteinte à la santé limitant sa capacité de travail à 100% dans toute activité.

Compte tenu de ce qui précède, la décision d'octroi de rente d'invalidité du 6 novembre 2008 n'est pas insoutenable, de sorte qu'il n'y a pas de place pour une reconsidération.

Par conséquent, force est de constater que c'est à tort que l'intimé a mis fin au versement de la rente d'invalidité au 28 février 2013.

La décision litigieuse devra donc être annulée sur ce point.

L'intimé devra reprendre le versement de la rente en faveur de la recourante à compter du 1<sup>er</sup> mars 2013.

15. Enfin, il convient d'examiner si la recourante doit payer le montant de CHF 2'500.-, à titre de frais de rendez-vous manqué, facturé par la CRR à l'intimé.

Selon l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement (al. 1). Les frais peuvent être mis à la charge de la partie qui empêche ou entrave l'instruction de manière inexcusable après sommation et indication des conséquences (al. 3).

L'art. 45 al. 3 LPGA, applicable en matière d'assurance-accident (art. 1 al. 1 LAA), permet certes à l'assureur-accidents de mettre les frais à la charge d'une partie qui empêche ou entrave l'instruction de manière inexcusable et après sommation et indication des conséquences. En l'occurrence, si l'intimé a effectivement adressé à

la recourante une sommation indiquant les conséquences d'un éventuel refus de sa part de se soumettre à l'expertise, il n'en demeure pas moins que les autres conditions d'application de l'art. 45 al. 3 LPGA ne sont pas remplies. En effet, force est d'admettre, à la lecture des expertises judiciaires rendues en France, que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire, puisqu'aucun rapport ne faisait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante postérieure au 6 novembre 2008.

Partant, la recourante avait des motifs valables de ne pas se soumettre à cette expertise.

C'est donc à tort que l'intimé a requis de la part de la recourante le paiement de CHF 2'500.-, à titre de frais de rendez-vous manqué, facturés par la CRR.

Sur ce point également, la décision litigieuse doit être annulée.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 23 février 2017 sera annulée. L'intimé devra reprendre le versement de la rente d'invalidité en faveur de la recourante à compter du 1<sup>er</sup> mars 2013.
17. La recourante, qui est représentée et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision sur opposition de l'intimé du 23 février 2017.
3. Dit que l'intimé doit reprendre le versement de la rente d'invalidité en faveur de la recourante à compter du 1<sup>er</sup> mars 2013.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le