

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3242/2009

ATAS/702/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance du 28 juin 2013

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame B_____, domiciliée à LA CROIX-DE-ROZON,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
FONTANET Bénédicte

recourante

contre

AXA WINTERTHUR, sise chemin de Primerose 11,
LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître BERGMANN Michel

intimée

Siégeant : Patrick UDRY, Président suppléant

EN FAIT

1. Le 18 octobre 1997, B_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, a été victime d'un grave accident de la circulation sur une autoroute française, alors qu'elle était passagère avant d'un véhicule conduit par C_____ et assuré en responsabilité civile auprès de l'UAP, devenue AXA WINTERTHUR (ci-après : AXA).
2. A cette date, la recourante occupait, depuis le 3 janvier 1996, un poste de «forwarder» (personne s'occupant de l'exécution des contrats et du suivi des bateaux) en matière de fret international au sein de X_____ SA. De ce fait, elle était assurée contre les accidents par AXA, qui a pris en charge le sinistre.
3. Se plaignant de douleurs cervico-thoraciques, l'assurée a été évacuée sur l'hôpital de NANTUA, où elle a bénéficié des premiers soins, puis a été rapatriée, par hélicoptère, à l'hôpital cantonal de GENÈVE (ci-après : HUG).
4. L'assurée est restée hospitalisée 24 heures aux HUG. Dans un rapport médical du 28 octobre 1997, le Dr L_____ a indiqué que l'examen clinique avait révélé un status neurologique dans les normes et que le scanner cervical avait confirmé l'absence de lésion osseuse. Le diagnostic de cervicalgie post-traumatique avait été posé; un traitement simple d'anti-inflammatoire et le port d'une collerette avaient été préconisés.
5. B_____ a bénéficié d'un arrêt de travail à 100% du 20 octobre au 19 novembre 1997, puis à 50% du 20 novembre 1997 au 15 janvier 1998.
6. Compte tenu de la persistance de symptômes douloureux référés dans les quatre membres avec une restriction fonctionnelle cervicale, un bilan complémentaire radiologique a été effectué par le médecin traitant de l'accidentée, le Dr M_____, neurochirurgien. Ce dernier a mis en évidence une fracture avec éclatement du segment T2, alliée à une autre du plateau supérieur T4.
7. Le 17 janvier 1998, la recourante a subi une intervention chirurgicale, notamment une laminectomie décompressive avec stabilisation par crochet, pratiquée par le médecin susmentionné, laquelle a eu pour effet, selon la patiente, une très nette atténuation des symptômes référés au niveau des membres.

Toutefois, par la suite, B_____ s'est de nouveau plainte de douleurs interscapulaires et d'une dysphonie persistante.
8. Le 3 avril 1998, l'assurée a subi une nouvelle et très lourde intervention chirurgicale pratiquée toujours par le Dr M_____, assisté du Dr N_____, spécialiste en chirurgie cardio-vasculaire. Une stabilisation de la deuxième vertèbre dorsale, par voie postérieure et antérieure, a été pratiquée,

par ouverture du corps de la vertèbre, greffe autologue et ostéosynthèse entre la première et la troisième vertèbre dorsale par plaque antérieure.

9. Trouvant les résultats partiellement favorables, le Dr M_____ a prescrit une reprise de travail à 50% dès le 3 août 1998 et à 80% dès le 5 octobre 1998.
10. Le 8 décembre 1998, le Dr O_____, médecin-conseil LAA d'AXA, a mentionné qu'il s'agissait d'un cas très grave. La reprise du travail après deux opérations lourdes sur la région cervico-dorsale indiquait la haute motivation de la jeune assurée de trente ans. Il doutait, toutefois, de la nécessité du recours à une aide ménagère, demandée par la recourante, et de l'intérêt du port d'une minerve. Il a préconisé une analyse ergonomique du poste de travail de l'accidentée et recommandé une instruction de gestes et postures en se basant sur les informations fournies par la SUVA. Tout en relevant les méfaits posturaux liés au travail statique de saisies d'informations sur écran d'ordinateur, il n'a pas évoqué le besoin de procéder à un changement d'orientation professionnelle de l'assurée.
11. Le 30 mars 1999, le Dr M_____ a attesté d'une capacité de travail de nouveau réduite à 50% dès le lendemain.
12. Le 22 juin 1999, la recourante a déposé une demande de prestations AI visant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Par décision du 16 août 2000, l'assurée s'est vue octroyé une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50% à compter du 1^{er} mars 1999.
13. Sur requête d'AXA du 29 juin 2000, le Dr P_____, spécialiste FMH en orthopédie et en chirurgie, *privat docent* à la faculté de médecine de GENÈVE, a examiné l'assurée et rendu un rapport circonstancié daté du 1^{er} septembre 2000.

Après avoir fait un résumé du dossier est exposé l'anamnèse selon la patiente (sport, santé, et anamnèse actuelle), les plaintes de cette dernière, l'examen clinique effectué le 22 août 2000, l'examen du dossier radiographique, le Dr P_____ a diagnostiqué une plaie du cuir chevelu, une très importante fracture du corps vertébral de la 2^{ème} vertèbre dorsale avec effondrement du mur antérieur de près de la moitié de sa hauteur et atteinte importante du mur postérieur avec légère compression médullaire, un status après double fixation antérieure et postérieure de stabilisation de la 2^{ème} vertèbre dorsale par ostéosynthèse et une fracture-tassement nette mais peu importante de la partie antérieure du plateau supérieur de D4.

Le Dr P_____ a indiqué que la patiente travaillait le matin et se reposait l'après-midi. Cette dernière se fatiguait très vite et avait beaucoup de peine à rester de longs moments à travailler sur un écran d'ordinateur; la patiente se déclarait incapable de faire son travail plus de 4 heures. Lors de la deuxième intervention pratiquée sur l'assurée, un des nerfs laryngés avait été légèrement

contusionné, modifiant sa voix. La patiente était toujours incapable de crier et de chanter, de donner de la voix lorsqu'elle était dans «une société nombreuse». Le port de charge (plus que 1 à 2 kg dans chaque main) était impossible car elle sentait tout de suite des contractures et des douleurs dans la région de ses épaules et de sa nuque. L'assurée avait de la peine à faire son ménage, en particulier lorsqu'il s'agissait de se pencher en avant, par exemple pour passer l'aspirateur, repasser ou faire son lit. La conduite d'une automobile était rendue difficile car la recourante avait très vite des contractures dans ses épaules avec des douleurs à la nuque et les secousses de la voiture la fatiguaient. La patiente avait dû arrêter tous les sports qu'elle aimait, en particulier, le ski nautique. Elle avait essayé de faire du yoga pour se détendre mais avait dû arrêter car elle finissait par avoir des contractures musculaires dans sa nuque.

L'examen clinique physique effectué sur la recourante par le Dr P _____ avait révélé une musculature paravertébrale cervicale bilatérale légèrement contracturée, des trapèzes nettement contracturés et sensibles à la palpation et une palpation de l'émergence du nerf d'Arnold, à droite, ressentie désagréablement. Ce même médecin a décrit la mobilité de la colonne cervicale de l'assurée comme suit : les inclinaisons latérales et les rotations droites et gauches étaient limitées; lors de la deuxième intervention subie par la patiente, une stabilisation de la deuxième dorsale par blocage vertébral avait été pratiquée, laquelle avait évolué favorablement; les troubles neurologiques avaient disparu mais il restait une angulation qui ne s'était pas modifiée depuis l'opération. On pouvait dès lors considérer que les différentes greffes osseuses étaient bien incorporées et que la région cervico-dorsale était correctement stabilisée. Il n'en restait pas moins qu'un tel bouleversement d'une région charnière entre les colonnes cervicale et dorsale troublait la statique de la colonne cervicale et, en partie, dorsale. C'était la raison pour laquelle on constatait, sur les radiographies de profil faites en dernier, une hyperlordose cervicale qui expliquait, en partie du moins, les douleurs et les contractures vertébrales que ressentait la patiente. Le Dr P _____ a apporté ensuite une explication clinique aux différentes douleurs ressenties par la patiente. Puis, il a tiré «un très grand coup de chapeau» à la patiente pour son optimisme et sa volonté de guérir et de reprendre son travail. Après un si important traumatisme, il lui paraissait «assez exceptionnel» que la patiente pût reprendre le travail à 50%, environ 4 mois après la deuxième opération; il fallait vraiment aimer son travail et avoir envie de garder sa place pour avoir une telle attitude. Un reclassement de la patiente dans une autre profession était exclu. Enfin, le Dr P _____, évoquant une hypothétique grossesse de l'assurée, a indiqué que les difficultés rencontrées actuellement par la patiente risquaient de rendre difficile, sinon impossible, le soin à des enfants en bas âge car cela impliquait qu'il faille se baisser, les soulever, les porter, toutes considérations qui lui paraissaient pour l'instant extrêmement compromises pour la patiente.

En résumé, le Dr P_____ a estimé que la patiente s'en était remarquablement sortie, au vu de l'accident particulièrement grave dont elle avait été victime, malgré le fait qu'il lui restait des séquelles qui n'étaient pas négligeables. Les troubles actuels de l'assurée étaient, de façon certaine, en causalité avec l'accident subi. La capacité de travail résiduelle de la patiente de 50% devait être considérée comme définitive.

14. Par décision du 11 octobre 2000, AXA a octroyé à la recourante une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 50% à compter du 1^{er} novembre 2000 et a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 34'020 fr. correspondant à un taux de 35%. Précédemment, la recourante avait perçu une indemnité journalière du 21 octobre 1997 au 31 octobre 2000.
15. Du 31 janvier 2002 au 31 décembre 2002, le Dr M_____ a admis une incapacité de travail totale de l'assurée, avec reprise de travail à 20% dès le 1^{er} novembre 2002.
16. A la demande l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : Office AI), le Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a réalisé une expertise. Dans son rapport du 23 janvier 2003, il a notamment indiqué que la recourante avait été victime d'un traumatisme sévère au niveau cervico-dorsal. Le traitement de la fracture avait été fait par deux interventions chirurgicales importantes. L'accès antérieur à la vertèbre D2 était très difficile. Il avait été réalisé à l'aide du chirurgien cardio-vasculaire. Les interventions chirurgicales avaient permis de corriger la compression médullaire qui n'existait plus à l'heure actuelle. Toutefois, des modifications morphologiques dans la colonne dorsale haute avaient persisté. Ces modifications morphologiques entraînaient un syndrome douloureux chronique, qui était lié au maintien des postures nécessaires à l'utilisation d'un ordinateur. Une incapacité de travail définitive de 50% avait été déterminée par le Dr P_____ dans son expertise du 1^{er} septembre 2000. Au début 2002, une aggravation de la symptomatologie douloureuse avait motivé un arrêt de travail complet. La situation s'était ensuite partiellement améliorée avec présence, à ce moment, d'une capacité de travail de 20%.
17. Dans un courrier du 14 avril 2003 adressé au conseil de l'assurée, le Dr M_____ a certifié que cette dernière se plaignait de fatigabilité, de douleurs cervico-dorsales chroniques et de météo-sensibilité. L'état actuel était satisfaisant, ce en raison de la diminution du temps de travail et de la poursuite régulière d'une physiothérapie; il était stabilisé mais les douleurs chroniques pourraient s'intensifier avec l'âge. S'agissant des raisons de la diminution de la capacité de travail de l'accidentée depuis l'expertise du Dr P_____, le Dr M_____ a expliqué que l'état de santé et la volonté de l'assurée avaient permis de croire qu'elle pourrait supporter un rythme de travail à 50%. Il s'était avéré qu'une fatigabilité toujours plus importante l'envahissait et que de sérieuses

cervicodorsalgies l'empêchaient d'avoir une vie normale sans prise d'antidouleurs puissants. Une aggravation évidente de la vie de la patiente l'avait contrainte à changer de rythme (arrêt de travail de 9 mois) afin qu'elle prenne moins de médicaments, avec une reprise du travail à 20%.

18. Par décision du 23 janvier 2004, l'Office AI a octroyé une rente entière AI à la recourante, calculée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} avril 2002, puis de 80% dès le 1^{er} février 2003.
19. Par décision du 13 mai 2004, AXA a accordé à l'assurée une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 80%, à compter du 1^{er} novembre 2003. Précédemment, la recourante avait perçu une indemnité journalière du 31 janvier 2002 au 31 octobre 2003.
20. Dans un certificat médical du 3 mars 2005, le Dr M_____ a certifié que les douleurs cervico-dorsalgiques séquellaires à l'accident de 1997 étaient stables et toujours présentes et nécessitaient toujours une prise en charge physiothérapique régulière, ainsi qu'une prise d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs de manière régulière. La capacité de travail de l'assurée demeurait dès lors définitivement de 20%.
21. Le 4 avril 2006, sur requête d'AXA, le Dr R_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et spécialiste de la colonne vertébrale à la Clinique du dos à Lausanne, a rendu une expertise actualisée de l'état de santé de l'assurée.

Après avoir exposé l'anamnèse (personnelle, actuelle et socioprofessionnelle) de la patiente, les plaintes de cette dernière, ses constatations objectives, le Dr R_____ a diagnostiqué des cervico-brachialgies bilatérales dans un contexte de séquelles de Whiplash stade IV (Quebec TASK Force), un status après fracture de type Burst de T2 avec perte du mur antérieur de 50% et empreinte médullaire avec lésion ligamentaire du complexe C6-T1 et fracture basi-épineuse de C7, status après fracture-tassement de T4, status après deux interventions en différé (laminectomie décompressive élargie bilatérale associée à une stabilisation postérieure T1-T3, à une réparation ligamentaire C6-T1 et greffe osseuse; status après décompression canalair en différé par cervico-sternotomie gauche procédant à une corporectomie T2, à une greffe autologue aux dépens de la crête iliaque droite et ostéosynthèse antérieure T1-T3), des troubles statiques et posturaux dans un contexte d'hypermobilité articulaire et de défaut de stabilisation du plan musculaire profond, et une dysphonie sur lésion post-opératoire d'un nerf laryngé.

Après avoir examiné la patiente à trois reprises, le Dr R_____ a relevé que celle-ci jouissait, avant son accident, d'une très bonne santé générale; elle se décrivait comme très sportive et avait accédé, à une date non précisée mais avant

son accident, au quatrième rang du classement suisse de slalom en ski nautique. Elle était, en outre, connue depuis son plus jeune âge pour sa très grande souplesse naturelle. La recourante s'était vue obligée, au vu de ses douleurs, d'abandonner toute pratique sportive. Malgré le temps écoulé depuis l'accident, il subsistait un handicap fonctionnel et douloureux, dont les conséquences étaient directement en rapport avec le traumatisme lui-même. Au sujet de l'incapacité de travail de l'assurée, la situation actuelle devait être considérée comme gérable et vouloir exiger une rentabilité supérieure serait totalement déraisonnable, totalement illusoire. Le Dr R_____ ne voyait pas l'intérêt d'envisager un reclassement professionnel car celui-ci ne modifierait pas la capacité de travail de la patiente. Sur le plan vertébral, les contraintes qui devaient être respectées étaient les suivantes : une activité offrant une alternance de posture; les activités en zone haute étaient déconseillées de même que les porte-à-faux, ou encore la position dans laquelle l'activité principale imposait un travail où les bras seraient maintenus au-delà des 50° en abduction et en antéflexion; les ports de charge ne devaient pas excéder les 3kg. Le handicap fonctionnel était suffisamment manifeste pour limiter la patiente dans la réalisation des tâches ménagères habituelles. Les activités sportives antérieures n'étaient plus du tout compatibles avec son état; en particulier, tous les sports d'impact conduisant à une composante de vibration ou à des positions statiques longtemps maintenues, dont notamment le ski nautique, étaient actuellement «non réalistes».

22. Dans un courrier du 12 juillet 2006, le Dr R_____ a précisé son expertise au sujet des lésions dégénératives des segments adjacents et du remaniement présent au niveau musculaire. Les méfaits qui avaient découlé de l'accident ou des suites des interventions chirurgicales s'étaient déjà produits et n'allaient pas s'aggraver au fil du temps pour autant que le sujet intervienne activement. Raisonnablement, on devait s'attendre à une participation active de l'assurée dans la pratique d'une telle démarche. Dans la littérature, il avait été largement prouvé que les mesures passives étaient connues pour ne pas influencer la trophicité musculaire, raison pour laquelle seule la pratique d'exercices quotidiens permettrait d'agir sur le plan musculaire profond. En effet, malgré l'altération qui s'était produite, il était chaudement recommandé de participer à la stabilisation dynamique vertébrale, pour limiter l'agression inhérente à la sédentarité ou à l'inactivité, problématique qui viendrait encore se surajouter aux méfaits du traumatisme.
23. Par communication du 10 août 2006, l'Office AI a maintenu la rente AI de l'assurée basée sur un degré d'invalidité de 80%.
24. Le 13 août 2007, AXA a mandaté une entreprise de surveillance, soit pour elle D_____, afin d'observer la recourante; le but de la mission était de déterminer si l'accidentée pratiquait un sport, était à même de porter des charges, avait une activité professionnelle ou présentait un handicap physique invalidant.

D_____ a mené ses observations les 21 août, 13 et 29 septembre et 13 octobre 2007. Il a filmé l'assurée lors des journées précitées de septembre et matérialisé ses observations sur un DVD (ci-après : le DVD); le 13 septembre 2007 de 16h35 à 19h20, on y voyait l'assurée monter sur un bateau de ski nautique et, le piloter, ranger du matériel sur le bateau ou le bâcher. Le 29 septembre 2007 de 08h00 à 18h02, il a constaté que la recourante fonctionnait en qualité de juge lors du Championnat genevois de ski nautique et de wakeboard et qu'elle avait pris place dans le bateau qui tirait les participants.

25. Par demande déposée par devant le Tribunal cantonal vaudois le 17 octobre 2007, l'assurée a assigné AXA, en sa qualité d'assureur responsabilité civile du conducteur du véhicule, et C_____, conjointement et solidairement, en paiement de la somme totale de plus de 3'500'000 fr. pour perte de gain, tort moral, dommage ménager, frais de cures thermales, pour l'achat d'un véhicule adapté et en remboursement des honoraires d'avocat.
26. Dans un rapport du 19 octobre 2007, le Dr S_____, spécialiste FMH en médecine générale et responsable du service médical de Suisse romande d'AXA, a indiqué avoir examiné le dossier de la recourante et visionné le DVD (ch. 24 supra). Il a relevé ce qui suit: «[...] on voit Mme B_____ être parfaitement à l'aise heures sur le bateau de ski nautique, évoluer sans limitation apparente sur le plan instable que réalise une telle embarcation (...). Les manœuvres qu'elle effectue pour parquer le bateau sont effectuées avec une parfaite aisance (...). Lorsqu'elle gesticule, toujours sur le bateau, les bras en abduction en effectuant des rotations rapides de la nuque à droite et à gauche, Mme B_____ le réalise sans aucune gêne ni limitation (...). Elle met de l'ordre sur son bateau en effectuant des mouvements de flexion antérieure du tronc, élévation du tronc, abductions – adductions des bras (pliage de la corde de traction) sans aucune gêne ni précaution (...). [...] lorsqu'elle s'assied dans le bateau (...), elle le fait sans aucune précaution, aucun amortissement du mouvement et sans douleur apparente. Mme B_____ compense parfaitement le roulis ou le tangage du bateau. Elle ne craint pas d'être sur ce bateau, quand bien même elle est tournée vers l'arrière et ne peut anticiper les réactions du bateau qui évolue - par essence - à grande vitesse, ce qui sur ce plan d'eau est source d'importants soubresauts et oblige fréquemment le bateau à «taper». Alors même que le bateau évolue à grande vitesse (...), elle se lève d'un bond, effectue une rotation du tronc de 90 degrés vers la gauche avant de se rasseoir, avec une totale aisance. Les mouvements des bras pour enrouler la corde sont parfaitement coordonnés, effectués de manière harmonieuse et à grande vitesse (...). Elle évolue pendant plus de 2 heures d'affilée durant cette matinée sans aucun problème. À aucun moment elle ne semble ressentir une quelconque douleur. [...] On la voit faire des mouvements circulaires de ses deux bras en abduction, avec une aisance totale (...); elle applaudit avec force, elle lève les bras en élévation complète, agitant les poignets, puis applaudit de nouveau et

croise les bras en élévation à 90° (...); elle sautille sur place, effectuant des demi-tours complets en genuflexion partielle sur elle-même, tout en joignant, bras ballants, ses mains alternativement sur son ventre puis derrière son dos, mouvements mimant probablement une figure de ski nautique (...); elle est capable d'effectuer sans gêne des rotations du tronc (...); elle déplace aisément des objets en porte-à-faux (...), les bras en extension; ses mouvements pour remettre ses cheveux en place ou réajuster son sac sur l'épaule sont harmonieux et sans particularité (...); la marche est elle aussi totalement aisée, rapide et normale (...); Mme B_____ se retourne même en marchant sans aucune difficulté ni appréhension; elle hausse les épaules sans gêne, et gesticule sans limitation ni douleurs apparentes (...); à plusieurs reprises, on la voit monter sur un muret d'une hauteur de 40 cm (...) en descendre (...) sans évidence d'une quelconque limitation. Au contraire, elle en saute même (...); elle effectue, toujours en mimant des figures de ski nautique, des mouvements de rotation de 180° du corps, la tête restant dans la même direction, avec une totale aisance (...); elle éternue, avec mouvements de flexion démonstrative du tronc et réflexions de la nuque sans aucune douleur apparente (...); la séquence de gestuelle de 20 secondes (...) est éloquente et ne donne pas l'impression d'un trouble phonique. D'autres scènes aurait pu être détaillées, mais je tiens à attirer l'attention encore sur deux séquences : 1) un «*slap me five*» (...), 2) une longue flexion antérieure maximum du tronc avec le bras et tête en extension (... soit environ 34 secondes !), donc Mme B_____ se redresse sans aucune gêne».

Le Dr S_____ a conclu qu'à aucun moment des séquences vidéo, il avait eu l'impression que la recourante présentait une limitation de ses mouvements ou qu'elle présentait des douleurs. Il n'avait observé à aucun moment des signes de fatigue. Au contraire, l'assurée était très souvent souriante et gaie, n'économisant jamais ses mouvements. Les images étaient donc particulièrement éloquentes d'une nette contradiction avec bon nombre de limitations annoncées par Mme B_____ ou préconisées par les experts, ces derniers se basant principalement sur les plaintes subjectives annoncées par la précitée pour les édicter.

27. Par courrier du 13 février 2008, AXA a informé la recourante qu'elle cessait toute prestation, en espèce ou en nature, à partir du 1^{er} janvier 2008. Elle avait constaté que les activités menées par l'assurée, en particulier dans le domaine du ski nautique, étaient en contradiction avec les handicaps mentionnés dans le rapport médical du Dr R_____ du 4 avril 2006.
28. a) En date du 21 février 2008, se constituant partie civile, AXA a déposé auprès de la Cheffe de la police une dénonciation pénale à l'encontre de B_____ pour escroquerie et délit manqué d'escroquerie.

La plaignante a expliqué que le rapport du Dr R_____ était en totale contradiction avec l'activité pratiquée par l'assurée, notamment dans le domaine du ski nautique suisse. La plaignante avait effectué des recherches sur internet, desquelles il ressortait que la recourante était Présidente de Y_____ ski nautique et wakeboard, de la commission «Z_____», de la commission «XA_____», de la commission «XB_____» de la Fédération suisse de ski nautique et wakeboard, membre du conseil technique ski classique de cette même fédération; membre invité au comité de la section ski du club nautique de XC_____; représentante de la section ski nautique au sein du Club -; responsable de la section compétition ski classique; capitaine de l'équipe féminine suisse de ski nautique et membre du jury lors de compétitions internationales de ski nautique. En 2003, l'assurée avait passé l'examen professionnel d'entraîneur de sport de performance avec brevet fédéral pour le ski nautique et wakeboard. Par ailleurs, le visionnement du film établi par le détective privé permettait de constater que l'assurée était en mesure de rester debout toute une journée, d'assumer toutes les tâches afférentes à la pratique du nautisme (manœuvres, rangement de cordes, bâchage, etc.), pouvait compenser le roulis ou le tangage d'un bateau, ne craignait pas d'être à bord d'un bateau qui évoluait parfois à grande vitesse, en étant tournée vers l'arrière; en outre, sur ces images, on voyait l'assurée faire de multiples mouvements ou rotations sans aucune gêne, marcher normalement en se retournant, sauter sur un muret, éternuer sans douleur, etc. Les activités susévoquées infirmaient les limitations énoncées par la recourante, voire même préconisées par les experts qui s'étaient fondés sur les plaintes subjectives de celle-ci pour établir leurs rapports. L'assurée percevait une rente entière d'invalidité, était au bénéfice d'une autorisation pour se parquer sur les places réservées aux handicapés et bénéficiait, depuis 1997, de rentes versées par AXA, d'un montant qui totalisait, au jour du dépôt de la plainte, plus d'un million de francs. Selon la plaignante, ces faits étaient constitutifs d'escroquerie et de délit manqué d'escroquerie.

b) Le 15 mai 2008, la recourante a été inculpée d'escroquerie en relation avec les faits sus-relatés, en substance pour avoir astucieusement induit en erreur et maintenu dans cette erreur AXA et, par extension l'assurance-invalidité, sur son incapacité de travailler.

c) Par ordonnance du 16 novembre 2009, devenue définitive, le Procureur général a classé la procédure pénale ouverte suite au dépôt de la plainte de l'intimée contre la recourante, en estimant que l'instruction n'avait pas établi, ni même rendu vraisemblable, la moindre intention dolosive de la recourante.

c) La procédure pénale a permis de recueillir les éléments suivants :

aa) Dans une attestation datée du 25 février 2008, le Président de la Fédération internationale de ski nautique a certifié que cette dernière était consciente de l'état

de santé de l'assurée et comprenait aisément son besoin de pouvoir disposer de repos fréquents durant une compétition. Il lui semblait que l'expérience de cette dernière comptait plus pour eux que les nombreux désavantages liés à son handicap. Bien entendu, elle ne pratiquait aucune activité physique pendant la compétition. Enfin, leur groupe de juges comptait des paraplégiques et le fait d'être assis, posture la plus pratiquée par les juges, ne posait en soi aucun problème au bon déroulement de leur activité.

bb) Le Président du Club nautique XC_____, section ski nautique et wakeboard, a indiqué, le 28 février 2008, que l'activité de la recourante, non rémunérée, consistait à accueillir les parents sur la terrasse de la buvette et à les informer des diverses possibilités qu'offrait le club. L'assurée faisait partager sa théorie et son expérience d'ancienne compétitrice aux entraîneurs et aux pilotes; il lui arrivait, à titre exceptionnel, de monter dans le bateau pour que l'explication soit plus claire. La pratique du ski nautique n'était possible que sur un plan d'eau parfaitement plat, la plupart du temps fermé - il n'y avait dès lors aucun risque de secousse - et ne nécessitait aucun effort particulier pour les personnes à bord du bateau.

cc) Dans une autre attestation du 12 mars 2008, le Président de la Fédération suisse de ski nautique et wakeboard a, quant à lui, indiqué que la recourante avait réussi ses examens de juge national, puis international de ski nautique. Cette activité consistait à juger, durant une compétition, les trois disciplines du ski nautique, à savoir le slalom, les figures et le saut. La technologie actuellement utilisée dans les compétitions permettait aux juges d'officier directement et presque uniquement depuis la tour du jury grâce, entre autres, aux techniques de transmission vidéo depuis le bateau; cela impliquait que l'activité physique d'un juge était presque inexistante. Le juge n'officialiait pas plus de deux ou trois heures d'affilée et les compétitions se déroulaient toujours en fin de semaine. L'assurée était également juge lors de rencontres de skieurs handicapés. Les juges n'étaient pas rémunérés pour leur activité. Grâce à son courage et à sa force, la recourante avait pu se reconvertir afin de rester dans le milieu du ski nautique, qui était le sien avant son accident.

dd) Entendue par la police judiciaire le 11 mars 2008, la recourante a déclaré souffrir de douleurs cervicales et dorsales quotidiennement, lesquelles augmentaient en fonction de la météo et de son état de fatigue. Elle pouvait tenir une partie de la journée debout mais, le lendemain, elle passait la plupart du temps couchée pour récupérer. Elle n'avait jamais reçu d'interdiction de monter sur un bateau de ski nautique. A son sens, le dépôt de la plainte pénale était une «*contre-attaque*» à sa demande de dommages et intérêts du 17 octobre 2007.

ee) Dans un certificat médical du 7 mai 2008, le Dr S_____ a certifié avoir noté, à l'examen du même jour, une limitation algique du rachis cervical de

l'assurée dans tous les plans, ainsi qu'une contracture musculaire importante des angulaires, des fibres supérieurs et des trapèzes.

ff) Dans une attestation du 10 juin 2008, le Dr T_____, médecin du sport, a indiqué avoir traité la recourante pendant près de quatre ans dans sa clinique lors de ses séjours en Espagne. La patiente faisait preuve d'une grande force de volonté, en mobilisant son corps par la pratique de la natation, seulement sur le dos, ou du yoga et la pratique d'étirements, ce qui lui permettait de prolonger les périodes de confort corporel, mais toujours dans un équilibre délicat. La durée du procès et la souffrance l'avait fait tomber dans un début de dépression; le fait d'avoir toujours sur sa tête une épée de Damoclès pouvant la mettre à vie dans un fauteuil roulant avait entraîné un manque de sécurité qui avait envahi sa sphère psychique. Le fait d'être impliquée au sein d'une fédération, ainsi que de juger quelques compétitions par année, avait vite montré de bons résultats qui s'étaient traduits par une amélioration du cadre clinique. L'assurée avait une lésion très grave qui n'allait jamais guérir, pouvait s'aggraver facilement, et n'était pas visible aux yeux des non-initiés parce que la patiente faisait tous les jours un travail pénible pour maintenir son physique en forme de façon à minimiser sa souffrance, ce qui, d'ailleurs, n'en éliminait pas les symptômes ni n'en guérissait la lésion anatomique. Les mouvements faits par l'assurée et constatés sur le DVD étaient effectués consciencieusement, en protégeant la zone critique en utilisant les grands dorsaux pour décharger les trapèzes.

gg) Le 9 octobre 2008, l'inculpée a été interrogée par le Juge d'instruction. Elle a notamment contesté les charges qui lui étaient reprochées et a expliqué en détails les mouvements qu'elle avait effectués sur le DVD. Elle a également déclaré qu'elle pouvait à peu près tout faire mais aussitôt qu'elle ne contrôlait pas la durée ou le poids, par exemple porté à bout de bras, elle était immédiatement entravée par des maux surgissant de façon impromptue. S'agissant du ménage, elle pouvait tout faire mais tout dépendait du poids des objets utilisés et de la durée des activités à effectuer.

hh) Le 30 octobre 2008, la recourante a fait parvenir au Juge d'instruction une déclaration datée du même jour du responsable francophone de la formation des entraîneurs au sein de la Haute école fédérale de sport de MACOLIN. Celui-ci a attesté la participation de l'assurée au cours de base d'entraîneurs (CBE) de Swiss Olympic 2003 et du fait qu'elle avait reçu une dérogation pour participer directement au cours de base d'entraîneur, qui était un cours en majeure partie théorique. En raison de son état de santé, l'assurée avait été dispensée de participer activement à la partie pratique du cours, ce qui ne l'avait pas empêchée de se présenter à l'examen qui n'était que théorique.

ii) Le 26 mars 2009, le Juge d'instruction a entendu le Dr M_____, qui a expliqué que le scanner effectué après l'accident aux HUG n'avait pas permis de

repérer la fracture de la deuxième dorsale car il n'avait balayé le dos que jusqu'à la première dorsale. L'assurée avait donc vécu trois mois avec une fracture instable d'une vertèbre et avait eu de la chance de ne pas devenir paraplégique. Sauf erreur, c'était son médecin traitant, le Dr U_____, qui avait fait une imagerie par résonance magnétique (IRM) et qui avait découvert la fracture. L'opération du 17 janvier 1998 n'avait pas suffi à supprimer les symptômes de types décharges électriques et les fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs, appelé le phénomène de Lhermitte, signe de menace sur la moelle épinière. C'était la raison pour laquelle une seconde opération avait été effectuée; lors de celle-ci, il avait retiré le corps de la deuxième vertèbre dorsale, puis effectué une autogreffe osseuse et fixé une plaque de titane entre la première et la troisième dorsale. La patiente se plaignait essentiellement depuis lors de douleurs entre les omoplates (interscapulaires), dorsales et cervicales, par moment très invalidantes. Elle avait dû porter une minerve et était très dépendante des soins de physiothérapie. Jusqu'en mai 2008, il l'avait vu très régulièrement, principalement pour des prescriptions de soins physiothérapeutiques, d'anti-inflammatoires, de myorelaxants, parfois jusqu'à des dérivés de la morphine, tels que le Tramal® et le Fortalgesic®. Il y avait eu de nombreuses périodes de résurgence des douleurs arthromusculaires mais beaucoup moins neurologiques, c'est-à-dire des périodes de crises et d'accalmie irrégulières. Il confirmait un certificat qu'il avait établi le 13 mai 2008 à la demande de sa patiente au sujet d'images qu'il avait pu observer sur un DVD qu'elle lui avait soumis. Il avait pu observer au cours des années et surtout des contrôles radiographiques régulièrement effectués qu'il n'y avait à déplorer aucun déplacement secondaire du matériel de fixation de l'ostéosynthèse. Cela signifiait que la patiente s'était conformée aux traitements et aux indications qui lui avaient été données, par exemple absolument éviter le port de charges lourdes ou des positions statiques prolongées. S'agissant des mouvements des membres inférieurs et supérieurs, seule la douleur pouvait constituer un facteur limitant. En principe, l'apparition des douleurs était rapide après un «faux» mouvement. En revanche, la disparition de ces douleurs était très variable en fonction de la personne. Il n'avait clairement pas eu l'impression, durant les onze années pendant lesquelles il avait suivi l'assurée, d'avoir été trompé ou abusé. Il était formel en disant que les séquelles et les maux dont elle souffrait aujourd'hui ne pouvaient être imaginaires.

jj) Le 5 mai 2009, le Dr R_____ a déclaré au Juge d'instruction que l'assurée avait été victime d'un accident à très haute vitesse dont les conséquences avaient été sous-estimées. En effet, une double fracture des vertèbres thoraciques et des lésions ligamentaires entre le segment cervical et celui thoracique n'avait pas été diagnostiquée immédiatement et ne l'avait été que deux à trois mois après. La recourante avait été opérée pour procéder à une décompression chirurgicale et pour tenter de stabiliser l'endroit lésé mais cela s'était avéré insuffisant et il avait fallu effectuer une seconde opération extrêmement rare et difficile. Le médecin

susmentionné a ensuite indiqué que les suites avaient été marquées par une tentative de retrouver une activité professionnelle comme si cette patiente avait subi un réel coup du lapin; mais certainement en raison d'une méconnaissance réelle de cette problématique, cela avait été un échec. La patiente avait subi une déformation progressive de la courbure entre la nuque et le dos alors qu'elle s'avérait être très souple naturellement, et cela avait conduit à une sur-sollicitation de ce segment. Cela s'exprimait par des douleurs et des manifestations des membres supérieurs et du bas du dos. Elle avait reçu, pendant plusieurs années, un traitement palliatif de ses douleurs des conséquences qui y étaient liées. En effet, elle souffrait aussi de troubles de la concentration et de sommeil. Par chance, elle avait pu bénéficier d'un environnement professionnel bien adapté grâce à son employeur, qui avait mis à sa disposition du matériel conforme à ses besoins et du temps de repos indispensables dans le cas présent. Cette situation lui avait semblé plus qu'idéale. Il devait relever qu'on avait prétendu à l'époque que cette patiente aurait dû ou pu faire une reconversion professionnelle afin de trouver un emploi en fonction de son problème physique mais, pour sa part, il estimait cette exigence excessive. En 2006, il avait proposé, si cela s'avérait nécessaire, de mettre en place des mesures plus importantes pour lutter contre les douleurs chroniques. Il avait vu l'assurée pour la dernière fois en 2006. A la question de savoir s'il était possible qu'une personne ayant les problèmes de la recourante puisse avoir une certaine activité physique considérée comme incompatible ou excessive, comme par exemple rester dans un bateau moteur un temps assez long alors que celui-ci vogue sur l'eau dans le cadre d'une compétition de ski nautique, enrrouler ou dérouler des cordages, enjamber un muret et faire du yoga, le Dr R_____ a expliqué qu'on ne pouvait pas comparer une danseuse à une personne rigide. En effet, les personnes qu'il voyait dans son cabinet avaient, en moyenne, une mobilité de la jambe limitée à 40 ou 50 degrés lorsque couchées sur le dos il leur demandait de lever une des jambes le plus haut possible. Une danseuse, en revanche, allait pouvoir mobiliser sa jambe à plus de 100 degrés. L'assurée était spontanément très souple et parvenait, sans aucun effort, à 100 degrés. Cela pouvait surprendre mais il était également tout à fait possible que, chez des personnes aussi souples, on puisse diagnostiquer des hernies discales. Malheureusement pour cette patiente, c'était certainement cette extrême souplesse qui avait été la cause du défaut du diagnostic juste après son accident. Dans son cas, le Dr R_____ lui avait recommandé une activité physique, même poussée. Elle lui avait effectivement fait part du fait qu'elle faisait du yoga et il n'y voyait pas d'inconvénient, sauf s'agissant de certaines postures interdites comme se mettre sur la tête. Bien entendu, il n'était pas recommandé de se mettre dans des situations où il y avait des trépidations. Ce qu'on oubliait aussi était que, lorsqu'une personne dans le cas de l'assurée s'exposait, comme lorsqu'elle avait passé un moment sur son bateau à moteur, c'était d'évaluer les conséquences de cette activité. Il estimait qu'on n'avait pas le droit d'apprécier une situation donnée sans savoir comment le patient avait vécu

les suites de cette situation. En outre, il convenait aussi d'évaluer la gestion du plaisir que pourrait retirer un patient d'une activité qu'il devait modérer, voire éviter. Il n'avait jamais eu l'impression que la recourante cherchait à le tromper ou à l'abuser. Il tenait à préciser être assez catégorique sur sa réponse dans la mesure où lors de ses examens, en 2006, il avait constaté qu'indubitablement, il y avait une adéquation entre les plaintes de cette patiente et le constat effectué. Enfin, le médecin interrogé a précisé qu'il apprenait l'existence du DVD.

kk) Le même jour, E_____, juge international lors de compétition de ski nautique et responsable de la Fédération suisse de ski nautique, a détaillé les réquisits pour être juge. A aucun moment, les juges n'étaient amenés à faire des exercices ou à démontrer des capacités physiques quelles qu'elles soient, à l'instar d'un juge en patinage artistique.

29. Par mémoire de son conseil du 18 mars 2008, l'assurée a formé opposition contre la décision de suppression de prestations d'AXA du 13 février 2008, en concluant principalement à l'annulation de cette dernière. Après avoir requis l'effet suspensif de son opposition et exposé que son droit d'être entendue avait été violé, la recourante a estimé qu'AXA s'était livrée à une appréciation erronée et arbitraire des faits et, ce faisant, avait violé le droit des assurances sociales et ses droits fondamentaux.
30. Par décision incidente sur proposition du 10 avril 2008, AXA a rejeté la requête de restitution d'effet suspensif. Cette décision a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales par arrêt du 24 juin 2008.
31. Par communication du 25 septembre 2008, l'Office AI a suspendu provisoirement la rente d'invalidité de l'assurée durant l'instruction de la procédure de révision. Ledit Office a maintenu cette suspension de rente par décision du 9 octobre 2008, confirmée par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 13 janvier 2009.
32. Le 28 octobre 2008, l'assurée a adressé une plainte à l'Office fédéral de la santé publique, en sa qualité d'autorité de surveillance, visant principalement à faire constater qu'AXA - en sa qualité d'assureur LAA et d'assureur RC - avait violé les dispositions de la LPGA, de la LAA et de la LPD en matière de protection des données, en ayant communiqué des informations concernant la recourante d'un dossier à l'autre. Cette procédure a été suspendue dans l'attente du résultat des procédures pénales en cours.
33. Le 3 novembre 2008, la recourante a dénoncé les agissements précités d'AXA au Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence. Ce dernier n'est pas intervenu pour le motif qu'une plainte était en suspens auprès de l'Office fédéral de la santé publique.

34. Par ordonnance du 5 janvier 2009, le Procureur général a classé – faute de prévention et en opportunité – la procédure pénale ouverte suite au dépôt de la plainte de la recourante du chef de violation des articles 303, 173 et 181 CP, 112 LAA et 35 LPD en date du 31 mars 2008.
35. Dans un rapport du 9 mars 2009, le Dr S_____ a précisé que son précédent rapport du 19 octobre 2007 (ch. 26 supra) ne consistait qu'en une analyse descriptive des déplacements et mouvements de l'assurée dans des séquences DVD, sans poser de diagnostic. Les diagnostics médicaux retenus dans l'expertise du Dr R_____ du 4 avril 2006 et leur sévérité n'étaient pas contestés, de même que l'entier de ce document. Il a toutefois précisé que le devoir du médecin et donc de l'expert était de respecter les affirmations de son patient à propos de ses plaintes, douleurs ou limitations, sous forme d'un postulat de sincérité. Il a indiqué être convaincu qu'il y avait médicalement une nette discordance objectivée entre les mouvements effectivement réalisés dans les séquences DVD et les limitations annoncées par l'assurée. Le certificat médical du Dr M_____ du 13 mai 2008 attestait d'une bonne stabilité du montage, élément n'ayant jamais été contesté. Le rapport du Dr T_____ du 10 juin 2008 le laissait songeur, dans la mesure où il était empreint d'une large subjectivité et d'empathie, qu'il était particulièrement peu probant, contenait des commentaires peu probants au sujet des images DVD, voire même «malhonnête». Il a conclu qu'il confirmait son rapport du 19 octobre 2007.
36. Dans un avis médical non signé du 29 avril 2009, le Service Médical Régional de l'Office AI (ci-après : SMR) a indiqué avoir reçu le DVD établi par le détective à la requête d'AXA, ainsi que le rapport du Dr S_____ du 19 octobre 2007. Le visionnement du DVD lui avait permis de retenir que la personne filmée (ndr : la recourante) le 13 septembre 2007 et le 29 septembre 2007 ne présentait aucune limitation fonctionnelle du rachis puisqu'elle était capable de sauter, avoir des positions en porte-à-faux, maintenir des positions statiques, porter des poids, déplacer des poids en hauteur, grimper, mimer des actions de ski nautique, marcher d'un bon pas. Cette personne ne présentait donc aucune limitation fonctionnelle superposable avec celles décrites par le Dr R_____ le 4 avril 2006.
37. Dans un projet de décision du 8 mai 2009, l'Office AI envisageait de supprimer la rente allouée à l'assurée, estimant que le degré d'invalidité était nul. L'expert, le Dr R_____, avait conclu dans son expertise à un état stabilisé et à une absence d'amélioration possible avec, tout au plus, une péjoration de l'état de santé dans le futur. Sur la base de plusieurs éléments recueillis, notamment le rapport du médecin conseil d'AXA, le Dr S_____, le SMR avait relevé que l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle du rachis. Sur cette base, l'Office AI a conclu que l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité, sans l'en avoir informée.

38. Dans un certificat médical daté du 13 mai 2009, le Dr M_____ a indiqué avoir pris connaissance du DVD et n'avoir observé à aucun moment sur ledit DVD d'activités pouvant compromettre de quelque manière que ce soit la stabilité du montage chirurgical réalisé pour la fracture de la deuxième dorsale lors des interventions en janvier et avril 1998. Les conclusions des rapports médicaux préalablement établis n'étaient pas remises en cause. La stabilité du montage précité pouvait être considérée comme définitivement bonne à dix ans de l'intervention.
39. Par mémoire de son conseil du 5 juin 2009, la recourante s'est opposée au projet de décision de l'Office AI du 8 mai 2009 (ch. 37 supra) et a conclu à la confirmation de son droit à une rente entière d'invalidité. En substance, elle a indiqué que l'avis du Dr R_____ retenant une invalidité de 80% -, complété par ceux des Dr P_____, Dr M_____, Dr S_____, Dr T_____, devait être préféré à l'avis du Dr S_____, qu'il ne l'avait jamais examinée et à celui subséquent du SMR qui se référait au dernier cité. Elle a également considéré qu'il n'existait pas de motif de révision de sa rente d'invalidité, dans la mesure où ni son état de santé, ni les effets sur sa capacité de gain n'avaient subi un changement notable justifiant la révision de son droit à une rente entière d'invalidité.
40. Dans un avis médical non signé du 2 juillet 2009, le SMR a considéré, après avoir examiné les pièces de la procédure pénale ouverte contre la recourante et les observations de l'avocat de cette dernière, qu'il n'y avait pas d'éléments de nature à modifier son précédent avis médical du 29 avril 2009 (ch. 36 supra). Il a estimé que l'incapacité de travail retenue à l'époque n'était plus en adéquation avec l'état de santé actuel de la recourante, sur la base de la déclaration suivante de cette dernière : «en fait, je peux à peu près tout faire, mais aussitôt que je ne contrôle pas la durée ou le poids, par exemple porté à bout de bras, je suis immédiatement entravée par des maux surgissant de façon impromptue». Les activités d'arbitre sur un bateau étaient également incompatibles avec les incapacités de travail retenues. Les avis subséquents du Dr M_____ ne devaient pas être pris en compte, sachant qu'il s'agissait du médecin traitant de la recourante. Quant à la déclaration du Dr R_____ du 5 mai 2009, elle n'était pas pertinente non plus, vu que le médecin précité n'avait pas visionné le DVD.
41. Par décision du 6 juillet 2009, l'Office AI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2008.
42. Par décision sur opposition du 10 août 2009, reçue le lendemain par l'assurée, AXA a rejeté l'opposition formée par cette dernière (ch. 29 supra). Elle a estimé que le droit d'être entendue de la recourante ainsi que son droit à la sphère privée n'avaient pas été enfreints. Elle a ensuite relevé que l'assurée avait une activité associative importante à côté de son activité professionnelle limitée à 20%, en

ajoutant que la surveillance vidéo dont elle avait fait l'objet avait révélé que l'assurée était très souvent souriante et gaie, n'économisant aucun mouvement et n'éprouvant, selon toute apparence, aucune gêne ni douleur. Se référant enfin aux rapports du Dr S_____ des 19 octobre 2007 et 9 mars 2009, ainsi qu'à ceux du SMR des 29 avril et 2 juillet 2009, AXA a considéré que la recourante disposait d'une pleine capacité de gain.

43. Par acte de son conseil du 7 septembre 2009, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 10 août 2009, en concluant principalement à son annulation, avec suite de dépens. En substance, elle a indiqué que ni son état de santé, ni les effets sur sa capacité de bien n'avaient subi un changement notable justifiant la suppression de son droit à une rente complémentaire LAA. En particulier, la procédure pénale n'avait retenu aucune intention dolosive de sa part, son activité associative, y compris celle de juge de ski nautique – qui contribuait à maintenir un bon état de santé psychique – n'était pas incompatible avec son état de santé ni avec son incapacité de travail. S'agissant de l'obtention de son brevet d'entraîneur de sport de performances avec brevet fédéral, elle avait été dispensée du cours pratique et la préparation n'avait pas été si importante. Quant aux activités filmées sur le DVD, l'assurée a indiqué que les mouvements accomplis étaient en phase avec son état de santé et n'étaient pas incompatibles avec ses limitations fonctionnelles persistantes et ses limitations algiques très puissantes, qui ne se manifestaient en principe que postérieurement à une position prolongée ou à une activité plus ou moins soutenue. Enfin, la recourante s'est référée aux avis médicaux des Dr R_____, Dr T_____ et Dr M_____, qui devaient être préférés à ceux du SMR des 29 avril et 2 juillet 2009 et du Dr S_____ des 19 octobre 2007 et 9 mars 2009, pour considérer que son incapacité de gain n'avait pas changé et se situait toujours à 80%.
44. Dans sa réponse du 4 novembre 2009, AXA a conclu au projet du recours. En substance, elle a estimé que la richesse des activités associatives de l'assurée, impliquant notamment de fonctionner comme jury comme une journée entière de travail, l'obtention du brevet fédéral d'entraîneur de sport de performance pour le ski nautique avec la concentration et l'investissement que cela implique, ainsi que les mouvements filmés par le détective privé infirmaient les limitations énoncées par l'assurée et permettait de conclure, en se référant à l'avis du SMR et du Dr S_____, à une absence d'incapacité de gain.
45. Le 30 novembre 2009, l'Office AI a dénoncé la recourante comme étant l'auteur d'une escroquerie et d'une infraction aux articles 87 et 88 LAVS. Par ordonnance du 26 mai 2011, le Procureur général a décidé de ne pas entrer en matière sur les faits visés par la dénonciation.

46. Par réplique du 7 décembre 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions principales, en sollicitant la comparution personnelle des parties et l'audition de témoins.
47. Par duplique du 11 janvier 2010, AXA a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours.
48. Lors de son audition par la Chambre de céans le 21 septembre 2010, la recourante a notamment déclaré que sa situation financière actuelle était désastreuse et qu'elle était au «fond du trou» en raison des procédures en cours. Par rapport à son engagement associatif, elle a précisé qu'il s'agissait de nominations plutôt honorifiques n'impliquant que peu d'activité. S'agissant de Y_____, cette activité ne représentait que deux à quatre réunions par année. En ce qui concernait sa formation auprès de l'école des Beaux-Arts, sur l'initiative d'une amie, elle s'était présentée au concours d'entrée en 2000 ou 2001, avec succès. Elle avait poursuivi cette formation jusqu'à son terme intervenu en 2004. Cette formation représentait un cours théorique par semaine et un cours pratique par semaine, soit environ trois heures par semaine. À côté de ces cours, elle devait effectuer un travail artistique indépendant; elle avait choisi de faire de la photographie, de manière à pouvoir le faire quand elle pouvait. En ce qui concerne le brevet d'entraîneur de ski nautique, l'assurée a précisé avoir suivi quatre modules théoriques, entre avril et septembre 2003 sauf erreur, qui duraient généralement du jeudi à midi ou dimanche à midi. Grâce à la participation de candidats physiothérapeutes, il avait pu bénéficier des prestations de ces derniers. S'agissant enfin de la formation pour devenir juge international de ski nautique, tout s'apprenait sur la base de DVD. Après s'être présentée à un examen écrit d'une durée d'une heure environ, l'assurée s'était ensuite présentée à l'examen final qui consistait à visualiser une personne effectuant des figures pendant environ 20 minutes. Avant de devenir juge international, la recourante avait dû se présenter à l'examen de juge national, puis à celui de juge international n° 2. Elle a conclu en indiquant que ces trois formations avaient représenté un substitut à sa suractivité sportive précédant l'accident et l'avaient aidée à ne pas «plonger» et à conserver une activité sociale.
49. Entendu par la Chambre de céans le 21 septembre 2010, le Dr P_____ a indiqué qu'il avait examiné l'intégralité du dossier de la recourante, y compris le DVD. Il a déclaré que la critique du Dr S_____ par rapport aux gestes effectués par la recourante ne lui paraissait pas idoine, étant rappeler que c'était la nuque de celle-ci qui était raide et, partant, qu'elle pouvait bouger et marcher normalement; en particulier, elle pouvait utiliser ses bras sans problème jusqu'à l'horizontale. Il était d'avis que les conclusions du rapport d'expertise du Dr R_____ ne pouvaient pas être mises en doute sur la base des seules images du DVD.

50. Lors de son audition par la Chambre de céans du 21 septembre 2010, le Dr T_____ a déclaré que la recourante avait subi une lésion sévère avec, comme conséquence principale, des douleurs. Dans le DVD qu'il avait visionné, il avait été surpris de constater que l'assurée était soumise à des contraintes physiques importantes (accélération et décélération lorsqu'elle se trouvait dans le bateau) avec des phénomènes de choc et souvent avec des mouvements impromptus. Cela laissait entendre qu'elle avait une capacité d'effectuer des mouvements impromptus et qu'elle assumait une certaine endurance. Les conditions climatiques semblaient particulières, en ce sens qu'il y avait du vent, de l'humidité et du froid, autant de phénomènes permettant de penser qu'une personne avec des restrictions de mobilités souffrirait davantage. Il y avait donc une discordance entre les limitations fonctionnelles retenues dans son expertise et ce qu'il avait pu constater sur le DVD. Il a toutefois précisé que la connotation de douleur consécutive un tel comportement ne pouvait pas être déterminée. L'assurée aurait pu adopter le comportement qui était le sien sur le DVD après avoir pris des médicaments. Il a toutefois observé qu'elle avait exercé son activité pendant toute la journée, avec des alternances de position, qu'elle aurait dû spontanément limiter si elle avait des douleurs qu'elle alléguait. Lorsqu'il avait examiné l'assurée dans le cadre de son expertise, le témoin n'avait pas été informé des activités associatives de celle-ci. Le Dr R_____ a déclaré maintenir les conclusions de son expertise du 4 avril 2006, en observant toutefois que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré au regard du comportement qu'elle a adopté sur le DVD. Après avoir estimé inadmissible que le SMR, dans son avis médical du 29 avril 2009, ait émis des conclusions sans avoir examiné l'assurée, le médecin précité a indiqué qu'il était dans la possibilité de se déterminer sur l'invalidité de celle-ci sur la seule base des images du DVD mais que ces dernières constituaient toutefois un élément de preuve pertinent. Il a ajouté que lors de son expertise d'avril 2006, il ignorait que la recourante avait suivi une formation pour obtenir le brevet du cours de base d'entraîneur dispensée par Swiss Olympic, tout comme il ignorait qu'elle suivait une formation HES pour obtenir un diplôme de l'école supérieure des Beaux-Arts. Il a précisé que s'il avait su que la recourante menait trois formations de front, il aurait approfondi la question pour savoir en quoi consistaient celles-ci.

51. Auditionnée par la Chambre de céans le 21 septembre 2010, F_____, physiothérapeute, a confirmé être l'auteur et la signataire du rapport de traitement non daté (pièce 3.1 recourante). Elle a déclaré qu'elle avait vu l'assurée le lundi suivant sa sortie d'hôpital, soit le 20 octobre 1997, et, depuis lors, la suivait à raison d'une fois par semaine. L'état de santé de la recourante avait évolué favorablement à la suite de ses deux opérations car elle pouvait mieux respirer. Après la première opération, il avait fallu travailler régulièrement pour lutter contre les spasmes de défense à la hauteur de la nuque, de la colonne cervicale et de toute la ceinture, car elle ne respirait pas. Suite à la deuxième opération qui

avait fixé une clavicule, l'assurée avait pu lever les bras jusqu'à 90°. Le système ligamentaire avait été touché et les inflammations revenaient de manière régulière. Il fallait donc régulièrement effectuer des étirements. L'état de santé de la recourante évoluait en fonction de la situation climatique et allait encore varier avec l'âge. Le témoin a indiqué avoir visionné le DVD et observé que l'assurée compensait bien pour éviter les douleurs; cela lui avait été appris avec la technique d'étirement. Par exemple, il avait constaté qu'elle tournait le bassin plutôt que la nuque. Il n'avait pas été particulièrement surpris par certains gestes effectués par la recourante, sous réserve de certains qui étaient rapides. Il a toutefois précisé que c'était la répétition de ces gestes qui était problématique, ce qu'il n'avait pas constaté sur le DVD. Le témoin avait pu constater des gestes destinés à enlever ou atténuer la douleur, comme par exemple mettre un pied sur un muret ou s'asseoir au fond de son siège en deux fois. Il s'agissait surtout de mouvements effectués avec le bassin. Dans cet ordre d'idées, il avait vu que l'assurée échangeait son sac de main et que, lorsqu'elle tenait un classeur, elle le bloquait contre le ventre afin d'éviter l'effet de balancier. D'une manière générale, il avait vu que l'assurée effectuait ce qu'il lui avait appris, en précisant qu'il était important pour un patient d'effectuer régulièrement ces gestes. F_____ a ajouté que la cessation des séances de physiothérapie pourrait entraîner la survenance d'arthrose plus rapidement, de fourmillements dans les membres et de difficultés respiratoires. Par ailleurs, des douleurs musculaires apparaîtraient. La non-reconnaissance de son invalidité par les assurances avait entraîné une régression du point de vue moral de l'assurée. Son état de santé actuel était dû à sa bonne musculature existante avant l'accident de 1997, qui avait permis notamment de réduire la consommation de médicaments ainsi que les conséquences physiques.

52. Entendu par la Chambre de céans le 21 décembre 2010, le Dr S_____ a confirmé la teneur de ses rapports des 19 octobre 2007 et 9 mars 2009. Il a confirmé avoir constaté d'importantes discordances entre les plaintes énoncées dans l'expertise du Dr R_____ de 2006 et le comportement adopté par la recourante qui a été enregistré sur le DVD en 2007, et a déclaré partager l'avis du médecin précité selon lequel une mobilité cervicale pouvait être constatée sur les images du DVD; autant l'assurée se plaignait de douleurs cervicales dans l'expertise du Dr R_____, autant les images du DVD ne permettaient pas de constater de manifestation de douleur. Il était également d'avis que, sur le DVD, l'on observait que l'assurée était soumise à des contraintes physiques importantes et effectuait des gestes impromptus, lesquels étaient en discordance avec ce qui figurait dans le rapport d'expertise du Dr R_____ et confirmaient l'avis du Dr M_____ selon lequel le montage réalisé en avril 1998 était stabilisé. Le Dr S_____ a déclaré que, sur la base du seul DVD, il n'était pas en mesure de déterminer la capacité de travail de l'assurée. En revanche, il estimait que cette capacité de travail était largement supérieure à 20%, en précisant que seule une expertise permettrait

de le déterminer. La comparaison du DVD avec l'expertise du Dr R_____ permettait de conclure à une amélioration de l'état de santé de l'assurée.

53. Par ordonnances du 31 mai 2011, l'apport de la procédure en matière d'assurance-invalidité (cause n° A/3241/2009) et celui de la procédure pénale (PP/4033/2008 ; ch. 22 supra) ont été ordonnés.
54. Par courrier du même jour, la Chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser l'expert, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et proposer des noms d'experts.

Les parties ont fait valoir leur droit d'être entendues par lettres du 15 juin 2011.

Il y a finalement eu un consensus sur la personne du Dr U_____, du Département Appareil Locomoteur, Service d'Orthopédie - Traumatologie de l'Hôpital orthopédique de Lausanne.

55. Le 22 novembre 2011, la Chambre de céans a ordonné l'expertise de la recourante et l'a confiée au Dr U_____.
56. a) Dans un rapport d'expertise du 23 mars 2012, le Dr U_____ a exposé l'anamnèse médicale de la recourante «*telle qu'elle [lui] a été contée*», les plaintes de l'assurée, la médication, les antécédents, l'anamnèse socioprofessionnelle, l'extrait du dossier médical – où l'expert ne fait état que de deux documents, qu'il a qualifiés d'importants, à savoir les comptes-rendus opératoires des 17 janvier 1998 et 3 avril 1998 –, l'examen clinique, la mobilisation, l'examen neurologique, l'examen du dossier radiologique et l'examen du DVD, avant de diagnostiquer une fracture complexe de la jonction cervico-dorsale avec lésion ligamentaire postérieure et souffrance médullaire secondaire (date de la survenance : 18 octobre 1997) traitée par double abord chirurgical, des douleurs chroniques post-traumatiques et une cyphose résiduelle thoracique haute.

Sous le chapitre «examen clinique», l'expert a relevé ce qui suit : «la démarche est fluide sans boiterie. Bassin et épaule équilibrés. Absence de troubles de la statique sur le plan frontal et sagittal. Absence de scoliose. Cicatrice de 16 cm sur la ligne médiane de la région cervico-dorsale postérieure. Cicatrice de cervico-sternotomie gauche de 18 cm antérieurement. Légère hypoesthésie aux abords de la cicatrice cervico-dorsale. Absence d'atrophie musculaire importante. À la palpation, on note une épineuse proéminente probablement D1. À la palpation du sternum, on ressent des irrégularités liées aux gestes susmentionnés. À la palpation de la crête iliaque droite, on sent que le vide laissé par le prélèvement du greffon intérieurement».

Par rapport à la «mobilisation», l'expert a exposé les constatations suivantes : «flexion complète lombaire avec une distance doigts/sol de 0 cm. Indice de Ott

30/32, Schöber 10/15, Schöber modifié/modifié 15/19. Flèche cervicale 9 cm, flèche lombaire 5 cm. Colonne cervicale : rotation symétrique et complète. Flexion limitée avec une distance menton/sternum de 6 cm. Extension limitée par des douleurs. Inflexion latérale peu restreinte. Rotations du tronc indolores. Inflexion latérale de la colonne lombaire indolore».

S'agissant de l'«examen neurologique», le Dr U_____ a retenu ce qui suit : «réflexes symétriques au nouveau des 4 membres. Absence de signes d'irritation des voies pyramidales; en particulier, pas de Babinski et pas de Hoffmann. Sensibilité superficielle symétrique. Sensibilité profonde intacte. La force est préservée au niveau des 4 membres. Les épaules ont une abduction complète de même qu'une rotation interne et externe. L'appui podal est possible avec un bon équilibre. Sautillement sur une jambe séparément sans problème. Stigmates d'hyperlaxité ligamentaire avec recurvatum des coudes et hyperextension des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts. Les hanches sont indolores. Les pouls périphériques sont palpables».

En ce qui concerne l'examen du DVD, l'expert a commencé par décrire les gestes et comportements adoptés par la recourante lorsqu'elle a été filmée à son insu. Il a ensuite indiqué ne pas penser que ces images, prises à l'insu de la patiente, étaient en contradiction avec ses constatations. A l'examen clinique, il n'avait pas retrouvé une restriction importante de la mobilité de la nuque ou des épaules et, en effet, ceci se reproduisait sur le DVD. Il était de plus connu que la performance d'un expertisé était différente s'il se sentait observer dans le cadre d'une expertise par exemple. Le fait de pouvoir observer les patients dans leur environnement naturel ne pouvait en aucune sorte donner des informations précises quant au niveau des douleurs qu'ils pouvaient ressentir. Les activités que la recourante prétendait ne plus pouvoir faire étaient différentes des activités qu'elle pouvait faire dans un cadre associatif ou récréatif.

L'expert a ensuite indiqué que la fracture complexe et la lésion ligamentaire était une conséquence directe de l'accident de la circulation du 18 octobre 1997 alors que le lien de causalité entre ce dernier et les douleurs chroniques étaient vraisemblables.

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles de l'assurée, l'expert ne les a pas décrites, en se limitant à renvoyer à ce sujet aux deux annexes de son rapport, soit un bilan de physiothérapie établi par G_____, physiothérapeute du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital Orthopédique du CHUV, et une évaluation fonctionnelle en ergothérapie effectuée par V_____, ergothérapeute du même département.

À la question de savoir si les affections en relation de causalité naturelle avec l'accident de la circulation du 18 octobre 1997 entraînaient une incapacité de

travail, l'expert a répondu que, malheureusement, il était extrêmement difficile d'être précis quant au pourcentage et au rendement mais que, néanmoins, il apparaissait de l'évaluation fonctionnelle des ergothérapeutes qu'une incapacité de travail était évidente; il a ajouté, sans explications, qu'il lui semblait qu'un taux de travail supérieur à 20% ne pouvait pas être exigible. L'expert a précisé qu'il n'y avait pas d'autres activités adaptées envisageables, l'activité actuellement exercée par l'assurée étant déjà plutôt de nature sédentaire. Il a estimé que, pratiquement, la capacité de travail de la recourante ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et que le pronostic lui paraissait plutôt réservés.

Par rapport aux conclusions des thérapeutes ayant examiné l'assuré ou son dossier, en particulier les Dr P_____, Dr Q_____, Dr R_____, Dr S_____, Dr M_____ et F_____, l'expert a indiqué ne pas avoir de divergences notables avec l'avis du Dr R_____, sans toutefois indiquer à quel avis il se référait. En revanche, le rapport du Dr S_____ du 19 octobre 2007 ne lui permettait pas d'évaluer la capacité de travail de la patiente; il se limitait à constater la bonne mobilité de cette dernière mais ceci rappelait son examen clinique. Il fallait souligner que la région dorsale haute était de toute façon peu mobile. On ne s'attendait pas à retrouver à l'examen clinique une raideur quelconque. La visualisation du DVD ne pouvait donc pas renseigner sur la capacité de travail de l'assurée. Une évaluation précise par des ergothérapeutes et des physiothérapeutes avait plus de valeur qu'une simple vidéo d'une activité récréative. L'expert a ajouté que les opinions soutenues se basaient sur l'examen complet des ergothérapeutes et physiothérapeutes, sur son propre examen et les constatations radiocliniques, ainsi que sur sa longue expérience dans le traitement de ce type de lésion.

À titre de remarques supplémentaires, le Dr U_____ a indiqué que, selon la rare littérature scientifique publiée au sujet de l'histoire naturelle du traumatisme de la région thoracique haute avec une lésion ligamentaire associée de la jonction cervico-thoracique, une bonne partie des patients ayant subi des fractures semblables à celles de l'assurée se retrouvaient atteints dans leurs fonctions de façon permanente. Selon sa propre expérience, un patient sur deux gardait des séquelles importantes sous forme de douleurs chroniques difficilement explicables et résistant au traitement chirurgical; il y avait donc en tout cas 50% de possibilité que l'assurée puisse se trouver dans l'état des autres malades qu'il avait eu à traiter. Il a encore ajouté que le matériel d'ostéosynthèse antérieure avait pu être à l'origine des douleurs de l'assurée, dans la mesure où l'on pouvait constater que des vis avaient été placées dans les espaces discaux. Actuellement, aucun signe d'irritation autour du matériel ne pouvait être observé mais une épine irritative avait pu exister pendant de longs mois ayant suivi le geste chirurgical susmentionné et ainsi contribuer au développement des douleurs chroniques. Selon l'expert, aucun traitement chirurgical pourrait améliorer la situation actuelle.

En résumé, il estimait que l'assurée souffrait de symptômes résiduels suite à un traumatisme assez important et qu'il était incompatible avec ses propres constatations, son expérience clinique et les constatations des ergothérapeutes et physiothérapeutes de nier les souffrances de l'assurée ou ses incapacités fonctionnelles.

b) Dans le bilan de physiothérapie annexé au rapport d'expertise, sont exposés les bilan douloureux et les constatations relatives à la palpation, à la mobilité active, à la force musculaire et au comportement de la patiente lors de cet examen.

Sous le chapitre «bilan douloureux », il est indiqué que la patiente a décrit des douleurs de toute la région thoracique partant de C7 à dorsal bas D>G d'une intensité de 8/10, ainsi que des douleurs de la partie antérieure du thorax, partant du menton et s'étendant jusqu'en bas du sternum. Elle a décrit également des tensions au ventre. Les douleurs étaient plus importantes qu'habituellement suite à la première partie du bilan ECF effectué en ergothérapie la veille. La recourante avait indiqué que les douleurs étaient souvent plus importantes après une activité physique que pendant l'activité en elle-même. En général, elles diminuaient avec le repos au lit. Malgré un repos au lit la veille après-midi et durant la nuit, les douleurs étaient restées importantes. Aucun médicament antalgique n'avait été pris la veille ou le jour même. De façon générale, les douleurs étaient provoquées par toute répétition de mouvements, surtout si les membres supérieurs ou le rachis étaient mis à contribution. Lors du bilan, il n'y avait pas eu de fourmillements dans les membres supérieurs inférieurs et aucun déficit de la sensibilité superficiel n'avait été noté.

À titre de remarque finale, il était indiqué que les tests effectués lors de ce bilan de physiothérapie mettaient en évidence que toute sollicitation de la région cervico-thoracique et des membres supérieurs engendrait des douleurs, particulièrement dans la région inter-scapulaire. L'intensité des douleurs augmentant après l'effort, il était difficile de chiffrer exactement les limites de la patiente. Si les tests de physiothérapie avaient été effectués avant la première partie des tests d'ergothérapie, les résultats obtenus auraient probablement été différents. Les douleurs étaient en effet déjà importantes (8/10) suite aux tests du jour précédent.

c) Dans le rapport d'évaluation fonctionnelle en ergothérapie, où sont exposées les plaintes de la patiente et les observations relatives à la coordination manuelle, à la posture prolongée, à la force de prévention, au déplacement, au port de charge et au PACT (ndr : appréciation de ses propres capacités physiques), il est conclu que l'assurée était centrée sur ses douleurs et affirmait que celles-ci conditionnaient son quotidien. Avec un score PACT bas de 51, la recourante avait tendance à sous-estimer ses capacités physiques. Néanmoins, elle était collaborante durant les rencontres. Selon elle, chaque activité réalisée lui avait demandé beaucoup d'efforts et, surtout, avait été source de douleur. Lors du port de charge, la recourante avait

eu tendance à s'autolimiter à 2,5 kg maximum, ayant peur des répercussions car, selon elle, les douleurs apparaissaient après l'activité bien que sur le moment elle pouvait la réaliser. L'assurée présentait une raideur de la colonne, avec peu de mobilité de la ceinture scapulaire lors des déplacements et des mises en situation. Lors de la marche rapide et prolongée, l'utilisation de la musculature accessoire était observée. Elle décrivait l'apparition de douleur EVA 8/10, au niveau cervical et entre les omoplates. Les examinateurs n'avaient observé que peu ou pas de corrélation entre la fréquence cardiaque comparativement aux augmentations des douleurs ainsi qu'aux diverses plaintes exprimées par l'assurée. La première journée d'évaluation fût éprouvante et lourde de conséquences pour cette dernière. En effet, dès son retour à la maison, les douleurs l'avaient contrainte à se coucher et ce jusqu'au lendemain matin, à savoir de 15h à 6h. Selon la recourante, ses douleurs étaient sourdes et constantes à EVA 9/10. La nuit fût peu reposante et le réveil difficile, avec une EVA toujours aussi élevée et des courbatures aux membres inférieurs, ainsi que des tensions musculaires aux membres supérieurs et à la nuque. Elle avait décrit une augmentation des douleurs péri-cicatricielles au niveau sternal «comme une inflammation des muscles intercostaux». L'intensité des douleurs décrites ne lui permettait pas de réaliser la seconde partie de l'évaluation. L'assurée relevait d'ailleurs que les deux journées de travail accomplies les jours précédents, en plus des déplacements effectués pour participer à l'évaluation, avaient certainement contribué à l'état de fatigue et aux augmentations de douleurs. Les examinateurs ont indiqué qu'à l'issue de cette évaluation, ils avaient constaté que l'assurée ne possédait que peu de stratégies de protection du dos. Elle présentait un déconditionnement important et était limitée pour les activités incluant le port de charge, des positions statiques prolongées et de longs déplacements. L'accès en zone basse et en zone haute était également limité. Au vu de ses performances ainsi que des douleurs ressenties, il était recommandé à la recourante de maintenir un taux d'activité de 20%, de réaliser un suivi physiothérapeutique pour reconditionnement et reprise de confiance en ses capacités, et enfin d'entreprendre une prise en charge en ergothérapie afin d'acquérir des notions de protection articulaire.

57. Par lettres des 8 et 24 août 2012, AXA a sollicité l'audition de l'expert. Compte tenu de l'emploi du temps surchargé de l'expert, la Chambre de céans a suggéré de procéder dans un premier temps par des questions et réponses écrites. Par courrier du 4 septembre 2012, l'intimée a finalement renoncé à poser des questions complémentaires à l'expert.
58. Dans ses conclusions finales du 1^{er} octobre 2012, la recourante a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 10 août 2009, à la reprise rétroactivement au 31 décembre 2007 des prestations en espèces ou en nature en sa faveur augmentée des intérêts moratoires, à la condamnation de l'intimée en tous les dépens et au déboutement des autres parties de toutes autres ou contraires conclusions. En substance, elle a considéré que l'expertise du Dr U_____

répondait aux exigences les plus strictes de la jurisprudence et de la doctrine quant aux qualifications de son auteur, son étendue, ses bases, sa méthode pluridisciplinaire et son argumentation; l'expertise concluait sans ambiguïté à une invalidité d'au moins 80% de la recourante, en rapport de causalité avec l'accident subi par cette dernière, réservait une possible péjoration de l'état de l'assurée mais excluait malheureusement toute amélioration, et constatait que l'activité professionnelle actuelle de la recourante était adaptée à son invalidité et qu'il n'y avait pas lieu d'envisager une autre activité.

59. Par mémoire du 1^{er} octobre 2012, l'intimée a conclu préalablement à l'ordonnance d'une nouvelle expertise médicale et, principalement, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 10 août 2009. En substance, elle a considéré que l'expertise du Dr U_____ était lacunaire, mal motivée, basée sur une méconnaissance du dossier, de sorte qu'elle n'avait aucune force probante. En particulier, elle a relevé que le fait pour l'expert d'affirmer ne pas avoir de divergences avec l'avis du Dr T_____ quant à une capacité résiduelle de travail de la recourante de 20% maximum, alors que ce dernier, après avoir visionné le DVD du détective, avait déclaré à la Chambre de céans qu'il y avait une discordance entre les limitations fonctionnelles retenues en 2006 dans son expertise et les éléments ressortant du DVD, traduisait sa méconnaissance du dossier. Par ailleurs, il était contradictoire de retenir que les douleurs de l'assurée ne l'empêchaient nullement de pratiquer ses activités extra professionnelles mais lui interdiraient de travailler à plus de 20% dans une activité sédentaire. De plus, les conclusions de l'expertise se fondaient sur les affirmations de la recourante. Enfin, l'expertise n'était pas suffisamment motivée au sujet du taux de la capacité résiduelle de travail, d'autant qu'elle ne prenait pas en considération les différentes formations entreprises par l'assurée à côté de son activité professionnelle.
60. Dans le cadre de la procédure parallèle en matière d'assurance-invalidité – dont l'apport a été ordonné (ch. 53 supra supra) –, l'Office AI a, par lettre du 2 novembre 2012, nié toute valeur probante à l'expertise du Dr U_____, pour le motif que celle-ci ne se fondait pas sur un examen complet du dossier mais sur un examen très succinct, se basait plus sur des données subjectives communiquées par l'assurée, contenait des réponses insuffisamment motivées et présentait des incohérences flagrantes. En particulier, il a reproché à l'expert de ne pas avoir évoqué le contexte dans lequel l'expertise avait été effectuée alors qu'il s'agissait d'une donnée de base devant impérativement figurer dans un tel rapport, de ne pas avoir analysé ni discuté l'avis du SMR du 29 avril 2009, les déclarations du Dr R_____ du 21 septembre 2010 et celles du Dr S_____ du 21 décembre 2010, d'avoir procédé à un examen clinique très sommaire, qui ne constituait qu'une part infime du rapport, en ayant préféré déléguer cette tâche un service de physiothérapie et d'ergothérapie, de ne pas avoir déterminé les limitations fonctionnelles de l'assurée en se contentant de renvoyer aux observations faites par les services précités, de ne pas avoir comparé les limitations fonctionnelles avec les

activités effectuées par l'assurée notamment au regard des formations et cours suivis par la recourante, d'avoir accordé une plus grande importance aux dires de l'assurée qu'aux constatations objectives et d'avoir considéré que l'assuré ne pouvait pas exercer une activité à plus de 20% tout en relevant qu'elle arrivait à rester devant un écran d'ordinateur pendant quatre heures. Pour ces motifs, l'Office AI a sollicité la mise en place d'une nouvelle expertise médicale.

61. Par courrier de son avocat du 22 novembre 2012, l'intimée a derechef contesté la valeur probante de l'expertise du Dr U_____, en indiquant que ce dernier n'avait absolument pas appréhendé les contraintes physiques que génère la pratique du ski nautique. La recourante a contesté ces arguments par lettre de son conseil du 29 novembre 2012.

EN DROIT

1. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3, p. 263 ; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443).

L'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; T. LOCHER, loc. cit.).

2. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 353 consid. 5b, p. 360; 125 V 193 consid. 2, p. 195 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, p. 324 s.). 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, p. 322).

b) Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et

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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Il importe en particulier 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 (ATFA I 483/02 du 6 juin 2003, consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

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'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 § 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 199895 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA U234/05 du 17 février 2006, consid. 2.1).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins-traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre partie pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Enfin, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impérieux des conclusions d'une expertise judiciaire. 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 p. 352 et les références citées).

3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 10 août 2009, à supprimer le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} janvier 2008. Plus précisément, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point que sa capacité de gain soit redevenue totale ou, à tout le moins, supérieure à 20%.

Compte tenu des divergences d'avis médicaux exprimés au sujet de l'incidence des séquelles consécutives à l'accident de la circulation du 18 octobre 1997 sur la capacité de gain de Madame B_____, la Chambre de céans a ordonné une expertise orthopédique et l'a confiée au Dr U_____. L'expert précité a rendu son rapport le 23 mars 2012.

L'intimée prétend que ce rapport ne remplit pas tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue et, partant, sollicite l'ordonnance d'une nouvelle expertise.

4. En l'espèce, la Chambre de céans constate que l'avis des médecins, y compris de l'expert, est concordant quant au diagnostic posé et quant à l'existence d'un lien de causalité avec l'accident de la circulation dont a été victime la recourante. Tel n'est en revanche pas le cas s'agissant des limitations fonctionnelles de cette dernière et, surtout, de leur incidence sur sa capacité de gain, raison pour laquelle le Dr U_____ a été mis en œuvre.

Il convient dès lors d'examiner si le rapport d'expertise répond à ces deux questions litigieuses de manière satisfaisante.

4.1 Liminairement, il faut constater que l'expert n'a pas précisé les circonstances dans lesquelles son mandat s'inscrivait, ni n'a indiqué les sources d'information sur lesquelles son expertise se fondait, alors qu'il s'agit d'éléments de base d'une expertise selon la doctrine (G. RIEMER-KAFKA, *Expertises en médecine des assurances*, 2^{ème} éd., Bâle 2012, p. 53; J. MEINE, *L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale*, in : P. ROSATTI (dir.), *L'expertise médicale - de la décision à propos de quelques diagnostics difficiles*, vol. 1, Chêne-Bourg 2002, pp. 1 ss, p. 18). En particulier, alors qu'il a établi une liste complète des documents radiographiques qu'il a examinés et les a résumés, le Dr U_____ n'a pas procédé de même s'agissant des documents médicaux contenus dans le volumineux dossier qui lui a été communiqué. En effet, sous le chapitre «extrait du dossier médical», il n'a mentionné que deux documents, qu'il qualifie d'importants, à savoir le compte-rendu opératoire du 17 janvier 1998 et celui du 3 avril 1998, à l'exclusion de tout autre rapport, notamment du rapport d'expertise du Dr R_____ du 4 avril 2006, complété par une lettre du 12 juillet 2006, et des déclarations subséquentes du précité devant la Chambre de céans. Pareille sélection des documents médicaux permet de douter que le Dr U_____ ait établi son expertise en pleine connaissance du dossier. Ce doute est renforcé par le fait que,

lorsqu'il se détermine sur la capacité résiduelle de gain de l'assurée, l'expert se limite à indiquer ne pas avoir de divergences notables avec l'avis du Dr R_____, sans préciser à quel avis il se référait; or, il ressort du dossier qu'après avoir visionné les images du DVD enregistré à l'insu de la recourante, le médecin précité a sensiblement nuancé son avis tel qu'exposé dans son rapport d'expertise du 4 avril 2006 : lors de son audition par la Chambre de céans, Dr R_____ a indiqué qu'il y avait une discordance entre les limitations fonctionnelles retenues dans son expertise et ce qu'il avait pu constater sur le DVD et en a déduit que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré. Le fait que l'expert ait passé sous silence ce changement d'avis du Dr R_____ accrédite la thèse selon laquelle il n'a pas examiné l'intégralité du dossier pour établir son expertise.

4.2 S'agissant des limitations fonctionnelles de la recourante, l'expert ne les a pas mentionnées dans son rapport, en se contentant de renvoyer, sans aucune motivation, aux observations effectuées par le physiothérapeute et l'ergothérapeute ayant examiné l'assurée. Pareil procédé ne permet pas de savoir si le Dr U_____ a procédé à un examen critique des observations faites par les deux thérapeutes précités ou s'il les a simplement acceptées sans discussion. A cela s'ajoute le fait que l'expert n'a procédé à aucune comparaison des limitations fonctionnelles mentionnées – de manière peu compréhensible – dans les annexes à son rapport d'expertise avec celles retenues par les autres médecins ayant précédemment examiné la recourante, ni même avec les déclarations de la recourante selon laquelle elle peut tout faire (ch. 28 let. c/gg supra). De plus, l'expert n'a absolument pas abordé la question de l'autolimitation à laquelle s'est livrée la recourante lors de ces examens afin d'éviter que les douleurs soient trop difficiles à gérer suite aux tests, ni n'a évalué les conséquences des efforts consentis par la recourante lors de ces examens – en se contentant des seules déclarations de l'assurée à ce sujet –, alors qu'il s'agit d'éléments fondamentaux pour déterminer la capacité résiduelle de gain de l'assurée. Cet examen aurait été d'autant plus nécessaire que, selon la doctrine, «l'autolimitation, à savoir l'interruption prématurée d'un test en raison d'un symptôme, constitue la principale limite à l'interprétation des résultats et la question de savoir si le sujet réalise vraiment un effort maximal»; «si sa performance paraît en-deçà de ses potentialités présumées, ce qui est régulièrement le cas chez les patients présentant un comportement douloureux, on ne pourra conclure avec pertinence sur sa capacité réelle pas plus que sur l'origine des incohérences observées» (P.-A. BUCHARD, Douleur et invalidité, *in* : P. ROSATTI (dir.), *L'expertise médicale - de la décision à propos de quelques diagnostics difficiles*, vol. 2, Genève 2005, pp. 47 ss, p. 62-63).

4.3 Les considérations de l'expert au sujet de la capacité résiduelle de gain de la recourante sont pas satisfaisantes non plus, loin s'en faut. Outre qu'il n'a jamais situé le degré de l'invalidité et son évolution dans le temps, l'expert s'est limité à

indiquer que, malheureusement, il était extrêmement difficile d'être précis quant aux pourcentage et rendement mais que, néanmoins, il apparaissait de l'évaluation fonctionnelle des ergothérapeutes qu'une incapacité de travail était évidente. Il a ajouté, sans aucune motivation, qu'il lui semblait qu'un taux de travail supérieur à 20% ne pouvait pas être exigible, en précisant qu'il n'y avait pas d'autres activités adaptées envisageables, l'activité actuellement exercée par l'assurée étant déjà plutôt de nature sédentaire. Pareil avis ne répond manifestement pas aux exigences de motivation requises pour qu'une pleine valeur probante puisse être conférée à un rapport d'expertise. Il aurait appartenu à l'expert de motiver son avis, au regard des limitations fonctionnelles de l'assurée. A cela s'ajoute le fait qu'une incapacité de gain de 80% ne semble pas être corroborée par les éléments du dossier. A s'en tenir aux seules déclarations de la recourante - au demeurant non vérifiées par l'expert -, la sollicitation particulière de son corps lors de la première partie du test d'ergothérapie - qui a duré 3 ½ heures - l'aurait contrainte à devoir s'aliter le jour-même de 15h00 jusqu'à 06h00 le lendemain pour récupérer. Il semble possible de déduire de cette affirmation qu'en cas de demi-journée de travail sédentaire normal, c'est-à-dire sans grandes contraintes physiques comme cela est le cas de son activité habituelle, l'assurée aurait sans doute besoin d'un temps de récupération inférieur à une après-midi et une nuit entière. En extrapolant, l'assurée serait donc en mesure de travailler à mi-temps, soit chaque matin en conservant l'après-midi et la nuit pour se récupérer. L'expert n'a pas examiné cette possibilité.

5. Il découle ainsi de ce qui précède que le dossier contient suffisamment d'éléments pour susciter le doute quant à la valeur probante de l'expertise judiciaire, de sorte qu'il convient d'ordonner une nouvelle expertise médicale.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une nouvelle expertise médicale.
- B. La confie au Dr W_____, à Genève.
- C. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé.
- D. Dit que sa mission sera la suivante :
1. S'entourer de tous les éléments utiles, prendre connaissance du dossier de la présente procédure, y compris du DVD réalisé par Monsieur D_____, et, au besoin, s'entourer d'avis de tiers.
 2. Exposer l'anamnèse détaillée de Madame B_____.
 3. Exposer les données subjectives et les plaintes de Madame B_____.
 4. Procéder aux constatations objectives (status clinique).
 5. Poser les diagnostic(s) et en dater la survenance.
 6. Dire pour chaque affection diagnostiquée si elle est la conséquence directe de l'accident de la circulation du 18 octobre 1997 (lien de causalité naturelle). Si oui, dire si le lien de causalité naturelle est possible, vraisemblable ou certain.
 7. Mentionner les limitations fonctionnelles découlant uniquement des affections en relation de causalité naturelle avec l'accident de la circulation du 18 octobre 1997.
 8. Dire, uniquement pour les affections en relation de causalité naturelle avec l'accident de la circulation du 18 octobre 1997, si ces affections entraînent une incapacité de travail de Madame B_____ dans l'activité exercée jusque-là, le cas échéant à quel taux en pourcent, avec quel rendement, et depuis quand.
 9. Dire si une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de Madame B_____ est raisonnablement exigible, le cas échéant dans quel(s) domaine(s), depuis quand, à quel taux en pourcent et avec quel rendement.
 10. Dire si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales.
 11. Evaluer les chances de succès de mesures de réadaptation professionnelle.

12. Apprécier le cas et se déterminer sur le pronostic.
13. Pour les points n° 4 à 12, si l'expert s'écarte des conclusions des thérapeutes ayant examiné Madame B_____ ou son dossier, en particulier les Dr P_____, Dr Q_____, Dr R_____, Dr S_____, Dr M_____ et Mme F_____, en expliquer les raisons.
14. Faire toutes autres observations et suggestions utiles.
- E. Invite le Dr W_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport commun en trois exemplaires à la Chambre de céans.
- F. Réserve le fond.

La greffière

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Patrick UDRY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le