

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 septembre 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Pasche et Berberat
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyat, avocat
à Lausanne,

et

CAISSE Z._____, à [...], intimée, représentée par Me Séverine Berger,
avocate à Lausanne.

Art. 25, 37 al. 4 et 53 al. 1 et 2 LPGA.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée), née en 1947 au Chili, femme de ménage, a été renversée par une voiture le 8 décembre 2005 alors qu'elle se trouvait sur un passage pour piétons. Selon le constat d'accident du 11 janvier 2006, elle n'avait aucun statut en Suisse et était en situation irrégulière. Son cas a été annoncé auprès de la Caisse Z._____ (ci-après : la Caisse). Quant à l'assureur responsabilité civile du tiers responsable, il s'agissait d'I._____.

Dans un rapport du 30 mars 2006, la Dresse T._____, médecin associé à l'Hôpital [...] (ci-après : l'Hôpital UU._____), a posé les diagnostics suivants :

- "•Polytraumatisme de la voie publique avec :
 - o Fracture du bassin, fracture intra-articulaire multifragmentaire de la palette humérale droite, fracture de l'humérus proximal gauche de type Neer III.
 - o Paralysie de la main droite par neuropathie traumatique complète du nerf radial et partiel du nerf linéaire et du médian.
 - o Etat de choc post-traumatique"

La Dresse T._____ a mentionné que les lésions étaient dues uniquement à l'accident, que l'assurée avait été hospitalisée au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier C._____) du 8 décembre 2005 au 28 janvier 2006 puis dès lors à l'Hôpital UU._____ et qu'elle présentait depuis le jour de l'accident une incapacité de travail de 100%, au long cours.

Dans un rapport du 15 novembre 2006, le Dr L._____, médecin associé à l'Hôpital UU._____, a exposé que l'intéressée avait été victime d'un polytraumatisme en décembre 2005 avec une fracture du bassin type Tyle B II ostéosynthésée, une fracture multifragmentaire intra-articulaire de la palette humérale à droite ostéosynthésée, une fracture de l'humérus proximal gauche ostéosynthésée et une neuropathie complète du nerf radial et partielle du nerf médian post-traumatique. Il a indiqué

que l'évolution avait été très longue chez cette patiente dont l'état général s'était quelque peu amélioré lors du dernier contrôle du 10 octobre 2006. Au niveau du coude, il a constaté une discrète amélioration du point de vue neurologique, le nerf cubital étant encore quelque peu faible. Il a mentionné que la mobilité au niveau du coude était en flexion-extension 120-20-0 pour une prosupination de 20-0-20. Concernant l'épaule gauche, il a signalé la persistance d'importantes douleurs sur une cicatrice calme après ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO). Il a relevé enfin que l'assurée se plaignait de douleurs au niveau de sa colonne lombaire basse et que jusqu'à ce jour il n'avait pas été question de reprendre une quelconque activité professionnelle. Il a observé qu'il s'agissait avec certitude des suites de l'accident.

Dans un rapport du 15 mars 2007, le Dr L._____ a indiqué que l'évolution était défavorable après ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du membre supérieur droit avec neurolyse du nerf cubital et ablation partielle au niveau du bassin à droite, avec aggravation de la symptomatologie douloureuse au niveau des membres supérieurs des deux côtés mais également de la colonne et du membre inférieur droit. Il proposait que l'assurée soit hospitalisée à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique D._____) de [...].

L'assurée a séjourné à la Clinique D._____ du 18 avril au 30 mai 2007. Du rapport établi le 26 juin 2007 par les Drs B._____ et H._____, respectivement médecin adjoint et médecin hospitalier au sein de ladite clinique, il résulte notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.8)***

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- ***AVP le 08.12.2005 :***
 - o ***fracture du bas[s]in de type tile B2 traitée par réduction fermée et stabilisation de la sacro-iliaque droite par deux vis en percutané, le 14.12.2005, AMO partielle le 05.02.2007 (T 91.2; Z 98.8)***

- o **fracture multifragmentaire interarticulaire de la palette humérale droite, traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 08.12.2005. AMO le 05. 02. 2007 (T 92.1; Z 98.8)**
- o **atteinte tritronculaire des nerfs médians, radial et cubital droits (G 62.9)**
- o **fracture de l'humérus proximal gauche du type Neer III, traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque le 08.12.2005. AMO d'une vis de l'humérus proximal gauche, le 20.01.2005. AMO complète le 19.06.2006 (T 92.1; Z 98.8)**
- **Neurolyse et transposition du nerf cubital droit, le 05.02 2007 (Z 98.8)**
- **Etat de stress post-traumatique (F 43.1)**

[...]

En résumé, on retient chez cette patiente de 60 ans, femme de ménage, victime d'un accident de la voie publique, le 08.12.2005 : un status après fractures multifragmentaires intra-articulaires de la palette humérale droite, ostéosynthésée, avec atteinte tritronculaire des nerfs médians, radial et cubital droit. L'évolution a été compliquée d'un syndrome épaule-main droit, d'évolution actuellement lentement favorable, pour laquelle une poursuite de la prise en charge physiothérapeutique et ergothérapeutique est préconisée. Du point de vue neurologique, il persiste une atteinte sensitivomotrice du nerf cubital droit (on rappelle une neurolyse et transposition du nerf en février 2007). Un contrôle ENMG est préconisé à six mois postopératoires. Pour le membre supérieur gauche, on retient un status après fracture de l'humérus proximal, de type Neer III, ostéosynthésée. La raideur articulaire de l'épaule est attribuée à la fracture initiale et à l'immobilisation prolongée sans argument pour une capsulite. Nous préconisons également une poursuite de la physiothérapie à type de mobilisation articulaire et intégration du membre supérieur gauche en ambulatoire. En ce qui concerne la fracture du bassin, de type Tile B2, avec réduction fermée et stabilisation de la sacro-iliaque droite, l'évolution est favorable, avec une augmentation progressive de la marche. Un état de stress post-traumatique est également retenu, pour lequel une poursuite de la prise en charge psychiatrique ambulatoire est indiquée. Enfin, une hyperactivité vésicale, sans rapport avec la fracture du bassin, a été retenue.

Actuellement, la situation médicale n'est pas stabilisée, la poursuite de la rééducation ambulatoire est indiquée. Nous préconisons plutôt une prise en charge de remise en confiance, travail sur les capacités fonctionnelles, plutôt qu'un travail analytique en physiothérapie. La patiente progresse et est plus active, mais elle reste encore fragile et nécessite un soutien et une réassurance régulière."

Les médecins de la Clinique D._____ ont fait état d'une incapacité de travail totale du 31 mai au 30 juin 2007 dans la profession actuelle de femme de ménage.

Dans un compte-rendu du 30 juillet 2007, la Dresse T. _____ a conclu que l'on pouvait considérer que par rapport au moment où l'assurée avait quitté l'Hôpital UU. _____, la situation était légèrement plus favorable, l'intéressée pouvant vivre seule avec une aide pour le ménage. Elle a ajouté que le handicap était majeur et que l'on ne pouvait pas considérer que l'assurée pourrait réintégrer un jour ou l'autre le circuit professionnel, restant vraisemblablement avec des séquelles définitives algiques et fonctionnelles aux membres supérieurs, prédominant à droite. Elle a précisé, le 31 juillet 2007, que l'incapacité de travail était totale et certainement définitive car les lésions neurologiques et ostéoarticulaires ne récupéreraient pas pour regagner une fonction correcte du membre supérieur droit et de l'épaule gauche.

Dans un rapport du 17 août 2007, le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % depuis décembre 2006 et pour une durée indéterminée. Il a précisé que c'était depuis l'accident que l'intéressée avait commencé à présenter une symptomatologie anxiodépressive se développant progressivement, l'état dépressif ainsi que l'état de stress post-traumatique étant secondaires et réactionnels à l'accident.

Dans un rapport du 31 août 2007, le Dr L. _____ a exposé que l'incapacité de travail était totale et devait être considérée comme définitive car on ne pouvait s'attendre à une amélioration spectaculaire de la fonction au niveau du membre supérieur gauche ni du membre supérieur droit.

Plusieurs rencontres ont eu lieu au cours de la procédure administrative entre l'assurée, l'assureur-accidents et l'assureur responsabilité civile. A la suite d'une entrevue ayant eu lieu le 11 septembre 2007, I. _____ a écrit le 14 septembre 2007 au conseil de l'assurée notamment ce qui suit :

"NB : revenant sur notre entrevue du 11.09.2008 [recte 2007] au domicile de votre mandante, force nous est d'observer une nette

différence entre les plaintes émises par Mme W._____ et les rapports de sorties du service d'ergothérapie et de physiothérapie de la Clinique D._____ qui relèvent tout de même une certaine autonomie et amélioration des capacités fonctionnelles. Par conséquent, nous allons aborder prochainement la Clinique D._____, via notre case manager, pour que les thérapeutes cités nous donnent leur avis sur les constatations faites lors de notre rendez-vous du 11.09.2007."

Une expertise sur le plan orthopédique a été confiée au Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il résulte de son rapport d'expertise du 7 mars 2008 notamment ce qui suit :

"X. DIAGNOSTIC

Fracture Tile B du bassin traitée par réduction fermée et stabilisation de l'articulation sacro-iliaque D par 2 vis percutanées le 14 décembre 2005, AMO partielle le 5 février 2007.

Fracture multi-fragmentaire intra-articulaire de la palette humérale D traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 8 décembre 2005. AMO le 5 février 2007.

Atteinte tri-tronculaire des nerfs médian, radial et cubital D.

Fracture de l'humérus proximal G de type Neer III traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse par plaques le 8 décembre 2005. AMO partielle d'une vis de l'humérus proximal le 20 janvier 2006. AMO complète le 19 juin 2006.

Neurolyse et transposition du nerf cubital D le 5 février 2007.

Etat de stress post-traumatique.

XI. CONCLUSION

Madame W._____ a été victime d'un AVP le 8 décembre 2005, engendrant les diagnostics précités. Une prise en charge dans un premier temps chirurgicale par le Service d'Orthopédie et Traumatologie du Centre hospitalier C._____ a permis l'obtention de la consolidation des 3 fractures. Ces consolidations ont été obtenues sans répercussions majeures sur la fonction. En effet, le coude D démontre de très bonnes amplitudes articulaires, tant en flexion qu'extension ainsi qu'en pronosupination.

Il persiste une limitation de l'élévation et de l'abduction de l'épaule G en partie liée à l'atteinte des parties molles.

La fracture du bassin a été consolidée engendrant uniquement des symptômes douloureux au niveau du sacrum ainsi qu'une légère boiterie. La gêne actuelle présentée par Madame W._____ concerne surtout l'atteinte tronculaire D, notamment les séquelles touchant le nerf cubital. Ces douleurs semblent nettement dominer le tableau clinique ce jour.

A côté de l'ensemble de ces diagnostics et de ces traitements somatiques, Madame W._____ a présenté un stress post-traumatique de degré moyen à léger selon l'évaluation psychiatrique de la B._____ de [...]. Actuellement, Madame W._____ continue à être suivie en psychothérapie pour cet état de stress post-traumatique.

Pour l'ensemble des lésions orthopédiques, je n'ai pas de propositions particulières à formuler quant à la poursuite d'un éventuel traitement. La situation est stabilisée. Aucune aggravation n'est à prévoir."

Le Dr K._____ a indiqué avoir été frappé par de très importants mouvements de retrait lors de l'examen du coude et de l'épaule gauches associés à des gémissements et une retenue, ces signes lui paraissant trop conséquents par rapport à la situation de la patiente deux ans et quatre mois après l'accident. Il a exposé que l'état somatique de l'assurée était vraisemblablement lié à l'événement traumatique du 8 décembre 2005 concernant les douleurs de l'épaule gauche, la raideur et les douleurs du coude droit ainsi que les douleurs sacrées, alors que les douleurs neurologiques séquellaires du membre supérieur droit ainsi que le déficit sensitivomoteurs étaient certainement en relation avec l'événement précité. Il a déclaré qu'il n'y avait aucun état préexistant. Il a estimé que l'activité de femme de ménage ne pouvait être envisagée actuellement, cette activité étant relativement lourde, nécessitant le port d'objets, des déplacements importants et des mouvements effectués au-dessus de l'horizontale, l'ensemble de ces activités n'étant pas réalisable en raison des séquelles douloureuses notamment du membre supérieur droit et de l'épaule gauche. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans toute activité nécessitant des mouvements au-dessus de l'horizontale, le port de charges ou des mouvements avec une certaine force de la part du membre supérieur. Il a précisé que si l'on se rapportait aux séquelles de la fracture de l'épaule gauche, de celle du coude gauche et de la lésion du bassin, la capacité résiduelle de travail de l'assurée était de 25% dans l'activité de femme de ménage et que les séquelles neurologiques du membre supérieur droit influençaient la situation et rendaient toute reprise du travail nulle ; il a ajouté que la situation resterait inchangée tant que la situation clinique ne s'améliorerait pas. Invité à décrire sous quelle forme se manifestait la réduction de la

capacité de travail de l'assurée en tant que femme de ménage, le Dr K._____ a relevé que l'intéressée présentait une diminution de la mobilité de l'épaule gauche associée à des douleurs ainsi qu'une diminution de la mobilité du coude droit associée à des douleurs, ce qui l'empêchait d'effectuer des travaux de ménage comme des mouvements au-dessus de l'horizontale ou de port de charges ou des mouvements de serrage avec les mains. Il a indiqué qu'une activité de remplacement qu'elle s'effectue assise, debout ou combinée n'améliorerait pas la capacité de travail. Il a en outre estimé que l'état médical définitif était atteint concernant les lésions de l'épaule gauche, la fracture de l'humérus droit et les fractures du bassin, cela au 31 décembre 2007.

Sur le plan neurologique, une expertise a été confiée au Dr J._____, neurologue. Dans son rapport du 18 mars 2008, ce dernier a posé les diagnostics de neuropathie sensitivomotrice persistante du nerf ulnaire (ou cubital) droit associée à un syndrome douloureux chronique avec un état dépressif associé et un état de stress post traumatique. L'expert neurologue a en outre indiqué notamment ce qui suit :

"Synthèse et discussion

Cette patiente chilienne de 60 ans a donc été victime d'un accident de la voie publique le 8 décembre 2005 où elle a été renversée par une voiture qui roulait à une vitesse de 40 km/h. Elle a donc eu un polytraumatisme avec de multiples fractures, notamment une fracture du bassin de type Tile B2, une fracture multifragmentaire intra-articulaire de la palette humérale droite, une fracture de l'humérus proximal gauche de type Neer et on a constaté dans les suites qu'il y avait une atteinte tritronculaire des nerfs médian, radial et cubital à droite. Dans les suites on a également constaté qu'elle souffre d'un état de stress post-traumatique. Lors d'un séjour à la Clinique D._____ on a en plus constaté un syndrome épaule-main droit (algodystrophie) et la présence d'une vessie hyperactive. La patiente est en plus sous suivi psychiatrique régulier depuis décembre 2006 chez le Dr F._____ à [...] dans le cadre d'un état dépressif associé à un état de stress post-traumatique qui sont secondaires et réactionnels à l'accident. Actuellement elle se plaint sur le plan physique de douleurs surtout au niveau du coude droit, au niveau de l'épaule gauche et au niveau du bassin à droite associées à une diminution de son état psychique rendant toute activité professionnelle impossible. Elle a de grandes difficultés à maintenir une certaine activité ménagère à titre privé, raison pour laquelle elle a besoin d'une aide d'une personne 2h par jour pendant 6 jours.

L'examen neurologique démontre chez cette patiente soignée et collaborante malgré ses douleurs, un lâchage plutôt antalgique dans le membre supérieur droit associé à un net déficit sensitivomoteur dans le territoire du nerf ulnaire droit. Au niveau des épaules il y a plutôt un lâchage antalgique ainsi qu'au niveau du membre inférieur droit. L'examen physique à priori non douloureux, déclenche chez la patiente un état de tristesse et désespoir.

En conclusion il s'agit du point de vue strictement neurologique d'une neuropathie persistante du nerf cubital droit avec déficit sensitivomoteur, il y a un syndrome douloureux concernant tout le membre supérieur droit jusqu'à l'épaule, de l'épaule gauche et au niveau de la hanche droite. La situation est certainement compliquée par la présence d'un état dépressif associé à un état de stress post-traumatique."

L'expert n'a pas constaté une aggravation ou simulation objective ou consciente des symptômes. Il a estimé que l'état somatique était de façon certaine une conséquence de l'accident. Concernant la capacité de travail, il a indiqué qu'elle était nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage avec une durée pour l'instant illimitée, étant précisé qu'un changement d'activité ne permettrait pas d'améliorer la capacité de travail, une autre activité physique ne pouvant être raisonnablement exigée.

Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a établi son rapport le 7 avril 2008, dont il résulte notamment ce qui suit :

"Diagnostic, selon la CIM-10

Le diagnostic d'*état de stress post-traumatique (F43.1)* ne fait pas de doute. Sont présents tous les critères diagnostiques :

- traumatisme potentiellement mortel, et ayant laissé de graves séquelles physiques
- flashbacks du traumatisme, persistants dans des cauchemars
- évitement des stimuli liés à l'accident (ne traverse pas seule un passage piétons)
- état d'hypervigilance et d'insécurité, avec besoin de s'appuyer sur la présence d'un proche, actuellement un petit-fils qui vit avec elle.

Il existe par ailleurs un syndrome dépressif persistant, qui a dû être sévère au début de l'évolution, mais qui est maintenant en rémission partielle. La thymie est actuellement fluctuante. La thymie était manifestement triste lors du premier entretien, en rapport avec l'évocation de l'accident et de ses suites. Elle était quasi-normale (patient vive et par moments souriante) une semaine plus tard lors du second entretien, pendant lequel l'accident n'a pratiquement pas été évoqué. En présence d'une thymie aussi fluctuante et dépendante des circonstances, le diagnostic d'épisode dépressif

sévère ne peut plus être porté. Je retiens pour ma part celui d'*épisode dépressif* actuellement *moyen*, probablement *sans syndrome somatique (F32. 10)* car si certains éléments du syndrome somatique sont présents, ils ne semblent pas suffisamment constants et nombreux pour qu'on puisse retenir ce qualificatif du trouble dépressif.

Relation de causalité naturelle avec l'accident du 8/12/2005

De toute évidence, l'état de stress post-traumatique est en relation de causalité avec l'accident, de même que le trouble dépressif, qui est fortement dépendant de l'état de stress post-traumatique et des séquelles physiques de l'accident (douleurs, handicaps fonctionnels).

Limitations fonctionnelles et capacité de travail actuelle

Sur le plan strictement psychique, le cumul du trouble anxieux (état de stress post-traumatique) et du trouble dépressif entraîne fatigabilité certaine, physique et morale (insomnie persistante, baisse de l'énergie disponible), et une certaine diminution des capacités volitives (baisse de la motivation). Le comportement d'évitement est limité à la traversée seule des passages piétons, il n'empêche pas l'expertisée de se déplacer dans toute la ville. Globalement, les limitations entraînent une baisse durable de la capacité de travail, qui peut être estimée à 50%.

Pronostic

Il y a eu une amélioration relative de l'état de stress post-traumatique depuis le début des troubles, et l'état psychique me paraît encore évolutif. L'évolution naturelle de l'état de stress post-traumatique se fait le plus souvent vers une rémission plus ou moins rapide des symptômes, mais dans certains cas la pathologie persiste durant des années, voire définitivement. Je pense qu'une évaluation définitive des troubles psychiques résiduels pourra être faite dans un délai de cinq ans après l'accident, soit pas avant décembre 2010. "

Le Dr N._____ a indiqué que l'état de stress post-traumatique était en relation de causalité naturelle certaine avec l'événement du 8 décembre 2005, qu'il n'y avait aucune atteinte préexistante à l'accident sur le plan psychique et que l'incapacité de travail était de 50% dans l'activité de femme de ménage comme dans toute autre activité, le caractère éventuellement définitif de l'incapacité de travail devant être évalué dans le délai de 5 ans après l'accident.

Dans un rapport établi le 31 mars 2008, la Dresse T._____ a indiqué que le traitement en cours était toujours dû à l'accident et que sur le plan physique les plaintes actuelles consistaient en des douleurs au niveau du bras gauche, problématique augmentant dès que l'assurée essayait d'utiliser le bras mais également dans son sommeil, des douleurs au niveau lombo-sacré augmentant de manière évidente à la marche, des

douleurs au niveau du coude droit et un important manque de force dans le membre supérieur droit, à quoi s'ajoutaient d'importantes migraines, des troubles du sommeil et un état dépressif avec sentiment de dévalorisation et isolement social.

Aux termes d'un compte-rendu du 20 juin 2008, le Dr F._____ a observé que l'évolution clinique se faisait de manière fluctuante. Il a expliqué que l'on constatait dans l'ensemble une légère amélioration symptomatique surtout en ce qui concernait l'état de stress post-traumatique mais qu'il persistait toujours une symptomatologie anxiodépressive se manifestant en fonction des événements contextuels et une grande fragilité psychologique. S'agissant de l'incapacité de travail, il a relevé qu'elle était fluctuante et secondaire à l'évolution clinique et qu'elle pouvait être estimée dans l'ensemble à 100% jusqu'en avril 2008 puis entre 50 et 100 %.

Le 25 juillet 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a transmis à l'assurée un projet d'acceptation de rente, exposant que les renseignements médicaux en sa possession mettaient en évidence une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative que ce soit, des mesures professionnelles ne s'avérant dès lors pas nécessaire. Cela étant, l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 8 décembre 2006, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an.

B. Dans un document daté du 13 février 2007, P._____ a attesté avoir employé l'assurée en qualité de femme de ménage de janvier à décembre 2002, 5 heures environ par semaine, pour un salaire de 100 fr. par semaine, les trois semaines de vacances n'étant pas payées.

Le 20 février 2007, dans le cadre d'une procédure portant sur ses cotisations personnelles AVS/AI/APG pour les années 2001 à 2006, l'assurée a transmis l'attestation susdite à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, Agence communale d'assurances sociales de [...] -

Caisse AVS [...], avec celles d'autres personnes pour lesquelles elle avait travaillé durant la période concernée.

Sur la base des renseignements fournis par différents employeurs, l'assureur-accidents a arrêté le montant de l'indemnité journalière LAA à 122 fr. 04. Il résulte en outre des décomptes produits au dossier que la Caisse a versé les indemnités journalières suivantes, montant destiné à l'impôt à la source compris :

Période	Jours	Taux 100%	Montant
Du 01.12.2006 au 31.07.2007	243	122. 04	Fr 29'655.7 2
Du 01.08.2007 au 31.08.2007	31	122. 04	Fr 3'783.24
Du 01.09.2007 au 30.09.2007	30	122. 04	Fr 3'661.20
Du 01.10.2007 au 31.10.2007	31	122. 04	Fr 3'784.24
Du 01.11.2007 au 31.12.2007	61	122. 04	Fr 7'444.44
Du 01.01.2008 au 31.01.2008	31	122. 04	Fr 3'783.24
Du 01.02.2008 au 29.02.2008	29	122. 04	Fr 3'539.16
Du 01.03.2008 au 31.03.2008	31	122. 04	Fr 3'783.24
Du 01.04.2008 au 30.04.2008	30	122. 04	Fr 3'661.20
Du 01.05.2008 au 31.05.2008	31	122. 04	Fr 3'783.24
Du 01.06.2008 au 30.06.2008	30	122. 04	Fr 3'661.20
Du 01.07.2008 au 31.07.2008	31	122. 04	Fr 3'783.24
Du 01.08.2008 au 31.08.2008	31	122. 04	Fr 3'783.24

C. Q._____, détective privé, de la société YY._____, a été chargé par la Caisse de surveiller l'assurée, surveillance qu'il a effectuée entre le 11 avril et le 24 juillet 2008. Il est résulté notamment de son rapport du 4 septembre 2008 ainsi que des documents joints (séquences vidéo, photographies et plans de situation) que l'assurée logeait rue [...] au 2^{ème} étage et qu'elle avait pris à plusieurs reprises le bus. Ainsi, le 6 mai 2008, on la voyait porter un gros carton. Le 29 mai 2008, on la voyait en particulier porter un sac à ordures de la main gauche et de la main

droite un sac en papier, ouvrir le couvercle d'un container pour sacs à ordures pour y déposer le sac en question, puis faire de même avec un autre container pour le sac en papier. On la voyait également porter dans la main droite un grand carton de produit à lessive et dans la main gauche un petit emballage plastique de produit à lessive liquide. Le 26 juin, elle avait été aperçue sur son balcon, portant un enfant avec le bras droit. Les 22 et 24 juillet 2008, elle avait promené un enfant dans un buggy. Le détective mentionnait que l'intéressée avait effectué divers trajets en bus avec l'enfant dans le buggy, sans aide la plupart du temps, puis était rentrée chez elle et avait monté l'escalier à l'intérieur de l'immeuble afin de se rendre dans son appartement, toujours sans aide. Il concluait son rapport comme il suit :

"Conclusions

Charges - Mouvements - Déplacements

En référence à nos constatations, nous pouvons confirmer qu'à aucun moment Madame W._____ n'a été restreinte ou gênée dans l'accomplissement de ses mouvements.

En ce qui concerne les déplacements en date du 22 juillet 2008 avec l'enfant dans le "Buggy", nous pouvons dire que Mme W._____ n'avait aucune difficulté à pousser et à tirer le "Buggy" dans différentes situations. Elle est montée dans le bus à deux reprises sans aucune aide. Au vu de sa technique et de son habileté, Mme W._____ ne pouvait être que bien habituée à effectuer toutes les manoeuvres décrites et ne devait pas en être à sa première sortie.

Pour les objets que Madame W._____ a portés, les distances parcourues en bus ou à pied et les mouvements effectués, nous nous référons aux séquences vidéo, aux photographies ainsi qu'aux plans de situation.

Notons qu'il n'y a pas d'ascenseur dans l'immeuble route [...]. Depuis l'entrée de l'immeuble jusqu'à l'appartement en question il y a cinq paliers d'escaliers à monter ou à descendre. En date des 22 et 24 juillet 2008 nous avons constaté que Mme W._____ a porté l'enfant jusque dans l'appartement sans aucune aide.

Activités

Pendant cette période de surveillance, nous avons constaté que Mme W._____ a eu la garde d'un enfant au minimum à trois reprises. Il s'agissait toujours du même enfant (26.06./22.07./24.07.2008).

En date du 18 juin 2008, Mme W._____ est retournée en bus depuis la ville de [...]. Elle était accompagnée d'un garçon. Nous

n'avons pas pu constater si ce garçon s'est rendu chez Mme W._____. C'était la seule fois que nous avons vu cet enfant.

Aide-ménagère

Cette phase d'observation nous a également permis de constater qu'en aucun cas une aide extérieure, respectivement une femme de ménage, va assurer une présence tous les matins chez Mme W._____. Bien au contraire. La seule personne qui s'est rendue chez Mme W._____ est la jeune dame, mentionnée sous rubrique « constatations » le 22 juillet 2008."

Ce rapport a été complété le 25 septembre 2008, la surveillance ayant encore eu lieu les 22 et 25 septembre 2008. Les images montraient en particulier l'assurée traverser la route en dehors des passages piétons. Il résultait de ce rapport complémentaire notamment ce qui suit :

"Remarque

Cette courte phase supplémentaire de surveillance a confirmé que Mme W._____ n'est absolument pas restreinte ou gênée dans l'accomplissement de ses mouvements."

Une réunion a lieu le 25 septembre 2008 entre l'assurée et la Caisse, qui a établi un compte rendu dont il résulte en particulier ce qui suit :

"Constatations au début de la séance:

A l'entrée dans le bureau de Me Guyaz, Mme W._____ pleurait, portait un bandage au bras droit qu'elle soulageait en le retenant de la main gauche. En lui donnant la main nous avons ressenti quelques hésitations de sa part.

1ère partie de la discussion, sous plaintes :

Mme W._____ vit toujours seule dans son appartement, et son aide de ménage, Mme P._____ (présente aussi en qualité de traductrice), vient tous les matins 6 x par semaine y compris le samedi, à raison de 2 heures par jour pour faire: le ménage; le repassage; la lessive; lui donner un coup de main pour lui laver les cheveux; et parfois lui préparer les repas.

Mme W._____ nous dit ne ressentir aucune amélioration :

- dans les mouvements par rapport à notre visite de septembre 2007, ni par rapport aux observations faites par les experts médicaux au début 2008 ;

- dans les efforts avec les membres supérieurs, dans les ports de charges, de pousser un caddie à commission; elle manque totalement de force d'appréhension [sic].

Elle est aidée par son petit-fils (27 ans) pour faire les courses, car elle ne peut, ni porter, ni pousser, ni monter les escaliers de l'immeuble avec les commissions.

Elle a besoin d'un soutien psychologique, la présence quotidienne de Mme P. _____ semble être indispensable.

Sur le plan médical, Mme W. _____ se rend 2 x par mois chez son psychiatre (Dr. F. _____) et 1 fois par semaine en physiothérapie en piscine à l'Hôpital UU. _____; son dernier rendez-vous chez son médecin-traitant, était la semaine passée et le prochain, dans le courant du mois d'octobre, sans pouvoir donner une date précise.

Elle prend des anti-douleurs, se plaignant de douleurs constantes. Elle n'arrive pas à dormir. Elle nous dit que lors de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, une vis n'a pas pu être récupérée.

Elle nous dit payer Fr. 50.-- par mois à une personne pour lui couper les ongles des mains (surtout la gauche) et des pieds. Elle a porté quotidiennement une attelle au bras droit jusqu'à environ 15 jours. Elle porte continuellement, sauf la nuit, un bandage au bras droit pour la soulager.

Me Guyaz poursuit la discussion également sur les points relatifs à l'examen du degré d'impotence :

Les six actes ordinaires de la vie déterminants pour l'allocation pour impotent (cf. art. 37 RAI) sont les suivants:

- se vêtir, se dévêtir (éventuellement mettre ou enlever la prothèse)

selon Mme W. _____, sans aide, elle n'arrive pas à mettre un manteau, ne peut se mettre de chaussettes, elle ne porte que des chaussures ouvertes.

- se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou en sortir);

en cas de douleurs, Mme P. _____ confirme qu'elle doit aider Mme W. _____, mais qu'en général, ces points sont exécutés normalement

- manger (apporter le repas au lit, couper la nourriture en morceaux, etc.);

Mme W. _____ n'arrive toujours pas à couper sa viande, elle arrive à porter dans sa bouche les aliments avec la main gauche à l'aide d'une fourchette. Mme W. _____ confirme qu'elle est droitère. En préparant un repas, Mme W. _____ nous dit s'être brûlée en se renversant une casserole par manque de force.

- faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher);

Mme W. _____ fait appel à Mme P. _____ pour se laver les cheveux. Elle aurait des difficultés à se doucher.

- aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, etc.);

Mme P. _____ nous affirme avoir dû remonter les pantalons de Mme W. _____ dans les toilettes.

- se déplacer (dans le logement, à l'extérieur, poursuite des contacts sociaux).

se déplace avec beaucoup de difficultés, n'arrive pas à monter les escaliers, doit envisager de trouver un appartement adapté à son handicap.

Pour arriver au rendez-vous d'aujourd'hui, Mme P. _____ nous dit être venue en taxi avec Mme W. _____.

2ème partie de la discussion : « Droit d'être entendu »

Nous expliquons à Mme W. _____ qu'elle a fait l'objet d'observations et que dans le cadre de son "**droit d'être entendu**", il lui est demandé de s'expliquer sur les images que nous allons lui montrer. En préparant le laptop pour le visionnage du DVD, nous remettons à Me Guyaz une copie du DVD ainsi qu'une copie du rapport YY. _____ comprenant des clichés de l'observation.

Maître A. Guyaz, après une rapide consultation du rapport et photos, s'oppose vivement au visionnement du DVD et interdit formellement et à plusieurs reprises Mme W. _____ de prendre position sur le film.

Par la suite, nous confirmons que la causalité avec l'accident peut être admise jusqu'au 31.12.2006 et qu'à partir de cette date, soit le 01.01.2007, toutes prestations versées à Mme W. _____ devront être remboursée. Au surplus, nous nous réservons le droit de déposer plainte pénale.

M. [...] (I. _____) confirme vouloir se calquer à la décision de la Caisse Z. _____ et demande la restitution des prestations versées à tort à partir du 01.01.2007 et se réserve également le droit de déposer plainte pénale.

Me Guyaz n'ayant pas admis le visionnage des images et après avoir interdit à Mme W. _____ de s'exprimer, il nous invite à quitter les locaux.

Constatations à la fin de la séance:

Pendant la séance, Mme W. _____ a pris un médicament contre les douleurs.

A la fin de l'entretien, Mme W. _____ a paru être attentive et elle nous a donné l'impression de vouloir regarder et commenter les images.

En donnant la main à Mme W. _____ avant de sortir, nous n'avons plus ressenti l'hésitations du début de séance.

Vu la tournure prise pendant cette séance, un rapport sur l'entretien n'a pas pu être rédigé sur place et nous regrettons que Mme W. _____, sous intervention de son avocat, n'a pas pu s'exprimer sur les contradictions évidentes que nous entendions lui présenter.

Malgré l'absence des signatures du présent document par Mme W. _____ et par son avocat, nous confirmons l'exactitude du présent rapport."

Par lettre du 10 octobre 2008, la Caisse a écrit au conseil de l'assurée notamment ce qui suit :

"A l'occasion de l'entretien du 25 septembre 2008 à votre étude, nous avons donné à Mme W. _____ la possibilité dans le cadre « **du droit d'être entendu** », de s'expliquer sur le visionnement du DVD, respectivement sur le rapport de YY. _____. Malheureusement vous avez interdit à Mme W. _____ de s'exprimer. Jusqu'à aujourd'hui nous n'avons pas reçu les explications pourtant clairement réclamées.

Vous allez rencontrer votre cliente le 30 octobre 2008. A titre exceptionnel nous prolongeons le délai de réponse au « droit d'être entendu » jusqu'au 31 octobre 2008.

Passé ce délai sans détermination de votre part, nous allons procéder comme nous vous l'avions déclaré lors de notre entretien du 25 septembre 2008, à savoir :

1. Nous stoppons immédiatement toutes prestations prévues dans le contrat LAA ;
2. Nous réclamons la restitution des prestations versées à tort à partir du 1^{er} janvier 2007 et, pour le surplus,
3. nous nous réservons le droit de déposer plainte pénale.

En annexe, vous trouverez le rapport de l'entretien du 25 septembre 2008 que vous voudrez bien nous retourner muni de la signature de Mme W. _____ ou de la vôtre ainsi que le dernier rapport de l'observation faite par YY. _____ les 22 septembre et 25 septembre 2008 inclus photos et DVD."

Répondant le 31 octobre 2008, l'assurée a fait notamment valoir que les rapports du détective ne prouvaient pas sa capacité de travail, que le rapport d'entretien du 25 septembre 2008 était incomplet et inexact et que la position de la Caisse Z. _____ n'était étayée par aucun avis médical. Elle a requis l'octroi de l'assistance juridique gratuite. Elle a

par ailleurs produit un rapport du 27 octobre 2008 dans lequel la Dresse T. _____ écrivait notamment ce qui suit :

"En tant que médecin rééducateur et en suivant son cas ponctuellement depuis janvier 2006, je partage entièrement les décisions de mes collègues qui ont expertisé Mme W. _____ au début de l'année 2008. Je ne suis pas du tout étonnée de voir sur une photographie qu'elle puisse lever le bras pour jeter un petit sac-poubelle, car avec l'épaule droite elle peut réaliser une mobilisation active jusqu'à 120°, ce qui est tout à fait cohérent et compatible avec les résultats de l'expertise. Porter un petit enfant sur le bras gauche est aussi possible, la patiente ayant une force suffisante de ce côté, mais une mobilité réduite au niveau de l'épaule gauche. Tous ces gestes et mouvements photographiés par le détective sont occasionnels. Comme cela se passe dans ce cas de filature, on décrit ce qu'on considère comme frauduleux, on ne se pose pas la question de ce que faisait Mme W. _____ les jours où elle ne sortait pas de chez elle, journée où elle est certainement en proie à sa dépression, pleurant sa solitude ou pensant avec amertume à la femme qu'elle était avant son accident.

En conclusion, le rapport du détective, ainsi que la décision de [la Caisse Z. _____] ne modifient en rien mon appréciation sur son incapacité d'assumer entièrement son ménage."

Après avoir visionné le DVD du détective privé mandaté par la Caisse, le Dr V. _____, médecin conseil de cette dernière, a pris position dans un rapport du 27 novembre 2008, exposant notamment ce qui suit :

"Pour le cas de Mme W. _____ nous nous sommes particulièrement intéressés aux points suivants :

1. état général,
2. bassin,
3. épaule gauche,
4. coude droit,
5. autres remarques.

Par la suite nous nous permettons de résumer nos observations concernant les différents titres des chapitres [du] DVD :

Titre 1

Chapitre 1

M. porte à de nombreuses reprises différents objets en utilisant ses deux bras. Il s'agit entre autres d'une grosse boîte, d'achats divers de poids considérable (5 kg et plus), de sacs à poubelle. En plus elle lève ces objets sans gêne visible, particulièrement frappant devant les poubelles. Enfin elle bouge les deux bras avec une grande amplitude sans signe de douleur ou hésitation quelconque.

1. normal. Activité normale.
2. marche normale, sans boiterie.
3. Force normale, aucune hésitation. Légère réduction de l'amplitude de mouvement sans signification fonctionnelle. Aucun signe de douleur.
4. Force normale, aucune limite fonctionnelle. Probablement extension incomplète. Aucun signe de douleurs.
5. Pour les activités filmées on n'observe aucune gêne fonctionnelle invalidante, tout en plus de légères limitations de mobilité au niveau de l'épaule gauche et du coude droit, sans signification pratique.

Chapitre 2

M. tient un petit enfant (env. 6 kg) sur ses deux bras. Elle joue avec lui, elle le balance. Elle se trouve au bord du balcon.

1. activité normale.
2. jambes invisibles.
3. elle porte l'enfant sur le bras gauche, aucun signe de douleur.
4. elle bouge sans restriction son coude droit, aucun signe de douleur.
5. aucune hésitation, p. ex. douleurs ou peur de laisser tomber l'enfant.

Titre 2

Chapitre 1

M. se promène avec un enfant en poussette. Elle fait un trajet considérable de plusieurs centaines de mètres, sans gêne visible. En plus elle fait des détours et efforts supplémentaires facultatifs. Pour terminer elle monte la poussette dans un bus, sans aide visible.

1. activité normale.
2. aucune boiterie.
3. force normale, aucun signe de douleur.
4. force normale, aucun signe de douleur.
5. aucune limitation fonctionnelle visible.

Chapitre 2

Madame se promène avec un enfant en poussette.

1. activité normale.
2. aucune boiterie.
3. mouvements normaux, aucun signe de douleur.
4. mouvements normaux, aucun signe de douleur.
5. aucune limitation fonctionnelle visible

Titre 3

Chapitre 1

Madame se rend aux poubelles. On voit en détail comment elle use ses deux bras, avec le bras droit elle ouvre le couvercle, avec le bras gauche elle lève et jette un sac de volume considérable.

1. activité normale.
2. marche sans boiterie.
3. aucune limitation fonctionnelle, aucune douleur.
4. aucune limitation fonctionnelle, aucune douleur.
5. aucune limitation fonctionnelle visible.

Conclusions

Ces séquences vidéo illustrent clairement que Mme W._____ semble vivre une vie des plus normales. On est très étonné de constater qu'il n'y a pratiquement pas de gêne fonctionnelle visible, ni au niveau de la marche ou des deux bras. Il n'y a également pas de signe de douleurs ou des hésitations dues à une telle.

Par ces remarques nous ne voulons pas prétendre que Mme W._____ ne ressent jamais une gêne fonctionnelle quelconque ou qu'elle n'a jamais eu mal. Par contre ces images suggèrent, que les plaintes de la patiente ont probablement été exagérées au point où on doit parler d'aggravation systématique.

Par conséquent Mme W._____ doit être considérée comme apte à travailler dans toutes les activités légères et moyennes, surtout si celles-ci ne devaient pas dépasser le niveau de sollicitations illustrées dans l[e] DVD. Il semble évident que les achats de la patiente représentent par exemple une charge égale à un sceau de nettoyage. Pourtant, il y a différence : il paraît probable qu'elle ne porterait jamais un sceau aussi loin. En d'autres mots : Mme W._____ pourrait très bien travailler comme femme de ménage, si elle le voulait. Le travail pourrait être organisé de façon telle, qu'elle arrive à éviter des problèmes de surcharge par des activités ponctuellement trop lourdes."

L'assurée s'est plainte auprès de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : l'OFSP), par correspondances des 10 et 23 décembre 2008. Interpellée par cet office, la Caisse s'est déterminée le 16 janvier 2009. Elle a notamment expliqué qu'elle avait transmis au conseil de l'assurée le dossier d'enquête du détective privé et qu'il n'existait pas de comptes-rendus d'entretiens téléphoniques avec le détective privé.

Dans l'intervalle, le 11 décembre 2008, la Caisse a rendu une décision dont il résulte notamment ce qui suit :

"6. Décision

Les prestations dans le cas de Mme W._____ sont immédiatement stoppées et nous demandons la restitution selon l'article 25 LPGA de Fr. 50'823. 00 dans les 30 jours suivant l'entrée en force de cette décision.

Si Mme W. _____ n'est pas en mesure de rembourser le montant réclamé dans le délai fixé, nous sommes disposés à discuter la possibilité d'établir un plan financier pour le remboursement.

Vu la gravité des faits, des preuves incontestables produites par le détective mandaté et compte tenu du fait que l'issue du procès vous sera défavorable, la caisse Z. _____ n'est pas disposée à vous reconnaître l'assistance juridique gratuite.

Par ailleurs, vous voudrez prendre note que Mme W. _____ sera dénoncée aux autorités pénales conformément à l'application de l'art. 79 LPGA en liaison avec l'art. 112 et l'art. 113 LAA et en considération de l'art.146 du Code pénal suisse.

Aucun frais ne sera prélevé."

Le 23 décembre 2008, l'assurée a fait opposition contre la décision précitée, concluant à l'annulation de cette décision, l'instruction du dossier étant reprise en vue de l'allocation des prestations prévues par la loi, et notamment une rente d'invalidité, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) et une allocation pour impotence. Elle a également conclu à ce que l'assistance juridique gratuite lui soit accordée pour toutes les opérations de son conseil à partir du 24 septembre 2008. Elle a en outre requis une nouvelle expertise médicale. Elle a notamment invoqué la violation de son droit d'être entendue, le caractère insuffisant du rapport du détective privé et le caractère lacunaire du rapport du Dr V. _____.

Complétant son opposition le 16 janvier 2009, l'assurée a produit un rapport du 12 janvier 2008 [recte : 2009] de la Dresse T. _____, dont on extrait ce qui suit :

"J'ai revu les images DVD et les activités filmées qui montrent effectivement la possibilité pour Madame W. _____ de marcher et d'utiliser ses membres supérieurs afin de réaliser les gestes de la vie quotidienne sans l'intervention d'un tiers. Se baser uniquement sur le visionnage de ces images et en tirer la conclusion que cette femme est apte à travailler pour gagner sa vie est pour moi une grave erreur d'appréciation.

Les gestes qu'elle effectue lors de la filature sont des gestes occasionnels. Le sac poubelle ne semble pas très lourd et l'emballage en carton paraît plus volumineux que lourd. Lever le bras droit pour jeter la poubelle demande une amplitude articulaire qui est compatible à ce qui était décrit dans les expertises sur une épaule qui n'a pas été traumatisée. En effet, du côté droit, la patiente ne présentant que des lésions au niveau du coude avec fracture et atteinte neurologique tronculaire avec séquelles au

niveau de la main. Cela veut dire qu'elle peut effectuer de tels gestes occasionnellement, mais qu'ils ne sont pas compatibles avec une activité professionnelle de femme de ménage qui l'oblige à les répéter d'innombrables fois dans la journée.

Tenir son petit-enfant sur le bras gauche est aussi possible, car à gauche elle ne présente pas de lésion neurologique, mais l'épaule est beaucoup plus limitée. Donc la patiente possède de la force dans le bras gauche, mais elle ne pourrait pas par exemple lever le couvercle du container de poubelles avec la main gauche. D'ailleurs sur le film, on voit bien qu'elle dépose la poubelle par terre pour pouvoir lever le couvercle avec le bras droit.

Pousser le buggy n'est pas non plus difficile à comprendre, cette activité ne requérant pas de force et étant effectuée avec les deux bras par Madame W._____. Pour la montée dans le bus, on peut remarquer lors d'une première séquence que la marche du bus est très basse, ce qui permet à Madame W._____ de basculer le buggy sur les roues arrière et ensuite de prendre appui sur les roues de devant, geste qui ne nécessite pas de force particulière. Quant à la deuxième montée dans le bus, on n'est pas certain qu'un passager ne l'ait pas aidée.

On peut donc considérer qu'elle a appris par la force des choses à se « débrouiller » pour les gestes de la vie quotidienne, mais que cela n'est pas comparable aux efforts qu'elle devrait effectuer lors d'une activité professionnelle. Ce n'est pas parce qu'elle ne pleure pas dans la rue ou qu'elle ne grimace pas qu'on doit considérer qu'elle a récupéré suffisamment pour pouvoir assumer une activité légère. D'ailleurs, je me pose la question de ce que représente pour l'expert une activité « légère » pour une femme de ménage. Elle peut certainement lever un seau et le porter sur quelque dizaine de mètres. Par contre récurer nécessite de faire des mouvements répétés avec les épaules et les coudes, ce qui se révélera impossible. Utiliser la serpillière sera aussi impossible du fait que la main droite présentera toujours un déficit neurologique. Les activités plus fines (dépoussiérage ou autres) seront aussi difficiles vu le déficit neurologique au niveau de la main droite.

Prétendre que Madame W._____ pourrait travailler comme femme de ménage « si elle le voulait », c'est la traiter de simulatrice. Un expert psychiatre devrait dans ce cas se prononcer.

En conclusion, les propos du Dr V._____ par rapport à l'interprétation des images DVD ne doivent pas être considérés pour juger de la capacité de travail de cette femme, car on ne peut pas comparer des séquences de la vie quotidienne, auxquelles n'importe quel invalide a le droit, avec ce que la vie professionnelle exige réellement."

Après réception et examen de la prise de position de la caisse-maladie de l'assurée, E._____, la Caisse a écrit à l'intéressée le 12 mars 2009 pour lui signifier que, dans le cadre de la décision sur opposition, elle allait lui réclamer aussi le montant de 15'008 fr. 90 pour les frais de

traitement à partir du 1^{er} juillet 2007, le total du montant réclamé s'élevant à 48'377 fr. plus 15'008 fr. 90, soit 63'385 fr. 90. La Caisse a ajouté que sans prise de position jusqu'au 31 mars 2009 de la part de l'assurée, elle allait rédiger dans le cours du mois d'avril la décision sur opposition.

Par courrier du 17 mars 2009, l'assurée s'est opposée à cette façon de faire, relevant notamment qu'un refus en bloc d'une prise en charge de tous les frais médicaux ultérieurs au 1^{er} juillet 2007 était arbitraire au vu des lésions objectives mises en évidence par les expertises du printemps 2008.

Par décision sur opposition rendue le 30 avril 2009, la Caisse a rejeté l'opposition. Elle a notamment considéré ce qui suit :

"Conclusion

3.8

Si l'on compare le résultat de l'observation de l'opposante avec les déclarations qu'elle a faites vis-à-vis des divers médecins, il saute clairement aux yeux qu'elle vit sa vie quotidienne d'une façon très différente de celle qu'elle a dépeinte à chaque fois aux médecins. Au quotidien, elle vit une vie tout à fait normale, sans limitation physique d'aucune sorte et sans signes de douleurs. Vis-à-vis des différents médecins, elle s'est présentée comme souffrante, invalide et très tourmentée par des douleurs. Elle l'a fait consciemment et à tort, comme le montre le résultat de l'observation.

A notre avis, par le comportement dont elle a fait preuve, l'opposante a rempli les conditions d'un délit. Si l'on se rappelle comme elle s'est présentée désespérée, souffrante et invalide lors de l'entretien dans votre bureau, on ne peut contester que derrière son comportement se cache un système.

3.9

Le résultat de l'observation montre qu'il n'y a plus aucune séquelle de l'accident et qu'il n'y a pas d'incapacité de travail due à l'accident. De l'avis de notre médecin conseil, cela était déjà le cas 5 mois après le retrait des pièces métalliques (05.02.2007), soit à la fin juin 2007. Jusqu'à ce moment, le versement de nos prestations était fondé. Cependant, à partir de cette date, le versement de nos prestations s'est fait à tort. Il n'y a pour nous aucun doute que l'opposante le savait et a accepté ces prestations en toute mauvaise foi.

3.10

La décision du 11.12.2008 s'avère donc correcte. Elle doit en conséquence être fondamentalement défendue. Les explications présentées dans l'opposition ne peuvent rien y changer.

Par ailleurs, au montant de CHF 48'377.00 devant être restitué par l'opposante conformément à la décision contestée, un montant de CHF 15'008.90 doit être ajouté. La somme à rembourser en date de ce jour est donc de CHF 63'385.90.

Comme nous vous l'avons communiqué dans notre courrier du 12 mars 2009, la caisse[-]maladie E. _____ refuse de nous rembourser les frais de guérison d'un montant de CHF 15'008.90, parce que la caisse[-]maladie dénie, elle aussi, une obligation de prestation de sa part à partir du 01.07.07, vu le comportement de l'opposante et vu le résultat de l'observation qui a été faite d'elle. L'E. _____ adopte exactement la même position que la partie contestant l'opposition. Nous vous avons donné la possibilité de prendre position à propos de cette augmentation de la somme à rembourser. Vous l'avez fait dans votre courrier du 17 mars 2009, dont nous avons pris connaissance du contenu. Nous nous en tenons à l'augmentation du montant à rembourser telle que présentée [ici même].

3.11 Dans l'opposition, il est notamment fait valoir ce qui suit: **a) Violation du droit d'être entendu, parce que, selon l'opinion (erronée) de l'opposante, le dossier qui lui a été soumis ne serait pas complet, en raison de la prétendue absence de notes téléphoniques.**

Il n'y a pas à entrer plus en détail sur ce sujet. Dans ce contexte, le lecteur est renvoyé à la prise de position du 16 janvier 2009 adressée à l'OFSP.

b) Le rapport d'observation serait insuffisant.

Nous ne pouvons pas nous rallier à ce point de vue. Ce rapport montre incontestablement que l'opposante peut se mouvoir sans limitations et sans douleurs au quotidien. Elle est même capable de porter des charges et de balancer un sac d'ordures dans un conteneur.

c) Le rapport du Dr V. _____ du 27.11.2008 serait lacunaire.

Nous ne pouvons pas nous rallier à ce point de vue. Le Dr V. _____ juge d'un point de vue médical le comportement de l'opposante dans la vie de tous les jours. Il montre également que, dans la description de ses troubles et de ses douleurs, l'opposante n'a pas dit l'exacte vérité aux médecins. Les enregistrements filmés montrent en outre une femme ne souffrant d'absolument aucune maladie psychique. Lorsque le Dr N. _____ la considère comme psychiquement malade, il faut relever qu'il le fait en se basant uniquement sur les déclarations de l'opposante. Comme le montre le rapport d'observation, ces déclarations ne correspondaient toutefois pas à la réalité des faits.

d) Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité - comme le montrent les résultats de l'observation et l'appréciation médicale de ceux-ci par le Dr V. _____. Si les trois experts ont considéré qu'il y avait une atteinte à l'intégrité, c'est parce qu'ils se sont fondés sur les fausses informations que l'opposante leur a fournies.

e) En ce qui concerne l'assistance judiciaire gratuite, vous avez fait valoir qu'il n'y a pas de doute que, dans un cas tel que le cas présent, tout assuré solvable aurait fait opposition puis aurait fait recours. Nous ne pouvons pas partager ce point de vue. Au contraire, à notre avis, tout assuré chez lequel des agissements malhonnêtes auraient été découverts - comme in casu - n'aurait fait ni opposition ni recours par la suite. Son intérêt aurait bien davantage résidé dans un règlement aussi rapide que possible de

l'affaire, sans faire de bruit. Comme on peut le déduire sans difficultés des considérants de la présente décision sur opposition, nous estimons que le comportement de l'opposante est malhonnête et punissable par la loi. Il n'est pas possible que le sens de l'assistance judiciaire gratuite consiste en quelque sorte, dans de tels cas, à "récompenser" quasiment encore des assurés pour leur attitude contraire à la vérité. Comme l'opposante elle-même prouve, par son comportement quotidien, qu'il n'y a plus de séquelles de l'accident et que sa capacité de travail n'est absolument pas restreinte, la présente opposition doit être taxée de vaine tentative. Les documents médicaux ne peuvent rien y changer car les conclusions qu'ils contiennent ont été tirées sur la base de fausses descriptions de l'opposante.

f) Par courrier du 16.01.09, vous avez soumis un rapport du Dr T._____. Ce rapport n'a pas été en mesure d'aider l'opposante. Il ne s'agit pas, en fait, de savoir en premier lieu si l'opposante est capable ou non de porter de lourdes charges mais de déterminer principalement si elle peut précisément effectuer avec la hanche, l'épaule, les bras, la nuque tous les mouvements de la vie quotidienne et si elle peut également marcher sans handicap. Ce faisant, elle est encore capable de porter de lourdes charges, à savoir un sac d'ordures d'un volume de 30 litres au moins, une boîte de produit à lessive et un sac à dos scolaire: les enregistrements contenus dans le DVD le prouvent, Il résulte en outre de ces enregistrements qu'elle est même capable de porter un enfant dans les bras et de le bercer, ainsi que de pousser une poussette avec un enfant dedans et de monter dans le bus avec cette poussette."

C. Par acte du 29 mai 2009, W._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition du 30 avril 2009. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, son droit à des prestations d'assurance-accidents obligatoires au-delà du 1^{er} juillet 2007 étant reconnu et le dossier renvoyé à l'assureur intimé pour qu'il lui alloue les prestations prévues par la loi, notamment une rente d'invalidité, une indemnité pour atteinte à l'intégrité et une allocation pour impotence. Elle a également conclu à ce que l'assistance juridique gratuite lui soit accordée pour toutes les opérations effectuées par son conseil à partir du 24 septembre 2008. La recourante invoque une violation du droit d'être entendu, alléguant en substance avoir demandé à plusieurs reprises depuis qu'elle a eu connaissance des mesures de surveillance mises en place par l'assureur que la totalité du dossier concernant ces mesures lui soit remise, savoir la production de notes résumant les conversations intervenues entre l'intimée et le détective ainsi que tout document permettant de déterminer le mandat exact confié à celui-ci. Elle estime qu'en ne produisant pas l'intégralité de son dossier, l'intimée a violé le droit d'être entendu. Elle soutient en outre que la Caisse ne disposait pas

d'une base légale suffisante pour procéder elle-même à des mesures de surveillance et qu'il faut donc faire abstraction des rapports déposés par le détective privé, établis en violation de son droit à la sphère privée. Elle ajoute qu'une telle mesure ne peut être mise en place que si l'assureur a des soupçons reposant sur des faits déterminés et que tel n'était pas le cas, les expertises effectuées remplissant les critères de qualité posés par la jurisprudence et ne laissant planer aucun doute sur ses lésions et sa capacité de travail. Elle estime également que ce rapport est insuffisant par son propre contenu pour appuyer la position de l'intimée et que l'avis du Dr V._____, fondé sur l'observation du détective uniquement, sans avoir étudié le dossier médical, ne saurait l'emporter sur celui d'un expert. En ce qui concerne son attitude lors de la séance du 25 septembre 2008, elle relève avoir toujours éprouvé un sentiment de panique lorsque l'on devait évoquer son accident et que cette angoisse était naturellement d'autant plus grande lorsqu'elle se retrouvait confrontée directement aux assureurs, ce qui expliquait son attitude qualifiée de théâtrale par l'intimée. Elle en conclut que le double rapport du détective doit être apprécié avec la plus grande réserve, tout comme le rapport du Dr V._____, et qu'il convient de se fonder sur les preuves véritablement pertinentes du dossier, à savoir les trois expertises réalisées par l'intimée au début 2008. Elle ajoute que la question d'une impotence éventuelle reste à éclaircir. Elle requiert une expertise complémentaire à confier aux Drs N._____, K._____ et J._____, l'audition de témoins s'agissant de ses douleurs quotidiennes et de l'influence considérable de son état de santé sur sa capacité de travail et sa vie quotidienne, l'audition du détective privé et la production par ce dernier de l'entier de son dossier. En ce qui concerne la demande de remboursement des prestations d'un montant de 63'385 fr. 90, elle relève que le montant de 15'008 fr. 90 portant sur des frais médicaux n'est pas documenté ni motivé et que surtout les prestations litigieuses étaient parfaitement justifiées, la question d'une restitution ne se posant pas. Elle requiert en outre l'assistance juridique devant l'autorité administrative en soutenant que ses démarches ne sont pas dénuées de succès.

La recourante a produit un lot de pièces parmi lesquelles un rapport établi le 26 février 2009 par le Dr F. _____, posant les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques, trouble de l'adaptation avec symptômes post-traumatiques et trouble panique (anxiété, épisodique paroxystique). Ce médecin mentionnait notamment ce qui suit :

"Sentiment de subir une grave injustice. Douleur psychique qui s'ajoute aux douleurs et séquelles physiques. Impuissance, désespoir avec idées suicidaires par moments, se manifestant parfois sous forme d'exacerbation de la symptomatologie ou sous forme de crise de panique. Malgré un suivi médical psychiatrique avec un important traitement psychopharmacologique et un suivi psychothérapeutique régulier, l'état clinique de la patiente ne s'améliore pas de manière significative."

S'agissant de l'incapacité du travail, le Dr F. _____ indiquait qu'elle était fluctuante et secondaire à l'évolution clinique et qu'elle pouvait être estimée dans l'ensemble à 100% jusqu'en avril 2008 puis entre 50 et 100%.

La recourante a également produit un rapport du 24 avril 2009 des Drs G. _____ et M. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Département de psychiatrie du Centre hospitalier C. _____, site de U. _____. Il en résultait que la recourante, adressée par le Dr F. _____ en admission volontaire le 19 janvier 2009, était sortie le 20 mars 2009 pour retourner à son domicile pour suite de traitement. Ces praticiens indiquaient notamment ce qui suit :

"Evolution et discussion :

Mme W. _____ est hospitalisée en admission volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires scénarisées dans le cadre d'une décompensation anxio-dépressive.

L'hypothèse de la crise actuelle semble être en lien avec une solitude importante depuis le départ de son petit-fils en été 2008 et d'une précarité socio-économique grandissante. D'autre part, il semble que l'accumulation de préoccupations en lien avec le litige avec l'assurance LAA présent depuis septembre 2008 ait précipité cette décompensation psychique.

Sur le plan diagnostique, nous retenons un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en s'appuyant sur la présence d'une

humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur, une fatigue, une diminution de l'intérêt pour les activités auparavant plaisantes, une inappétence, des troubles du sommeil avec cauchemars et des idées suicidaires scénarisées. Cet épisode dépressif apparaît suite à cet accident, perturbant le fonctionnement global de Mme W. _____ engendrant une perte de ses rôles dans différents domaines de sa vie socio-professionnelle, familiale et personnelle. En effet, la patiente a travaillé sa vie durant pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille et elle semble avoir toujours été une personne sur laquelle s'appuyait son entourage.

Sur le plan médicamenteux, nous augmentons l'antidépresseur en place à la dose maximale ce qui permet une légère amélioration de son état.

Sur le plan psychopathologique, on observe dans un premier temps une amélioration lente et favorable des symptômes dépressifs ci-dessus dans le cadre contenant de l'hôpital. Nous mettons alors en place un projet de sortie avec plusieurs congés à domicile effectués par la patiente. Par la suite, on assiste après quelques congés à une nouvelle péjoration de son état psychique dominée par une recrudescence des crises anxieuses à domicile. Ces dernières se caractérisent par une dyspnée, une tachycardie et une sensation de mort imminente. D'autre part, elle évoque des idées suicidaires fluctuantes qui refont surface lorsque la patiente est confrontée à la réalité de sa situation sociale et ne voit [pas] de solutions pour s'en sortir. A plusieurs reprises, en raison des idées suicidaires, le cadre hospitalier est resserré avec mise en place d'une surveillance selon le protocole suicide. Les entretiens sont ciblés sur les moyens de gestion des crises anxieuses par diverses stratégies notamment par l'adjonction à son traitement d'une anxiolyse en réserve (Temesta Expidet 1 mg)[.]. D'autre part un travail de soutien est fait afin de renforcer le désir de la patiente de continuer à vivre en imaginant et élaborant d'autres issues en cas de refus de rente (retour auprès de sa famille au Chili).

Le petit-fils de Mme W. _____ arrive en Suisse le 19.02.2009, on organise alors deux entretiens en sa présence où on évoque la situation de sa grand-mère et mobilisons son soutien pour favoriser un étayage affectif. Nous convenons notamment que Mme W. _____ puisse faire appel à lui en cas d'apparition d'idées suicidaires et qu'il vous contacte ou fasse appel au Service des Urgences psychiatriques du Centre hospitalier C. _____. On évoque la possibilité de demander des hospitalisations de courte durée lors de périodes de crise.

Selon votre demande, nous mettons en place des activités à but revalorisant et occupationnel au Centre [...] de notre établissement. La patiente débute une activité de tricot, qu'elle poursuivra à sa sortie à raison de deux séances par semaine. Mme W. _____ est encouragée à poursuivre de manière ambulatoire ses séances de réhabilitation à l'Hôpital UU. _____ tous les lundis. Nous lui communiquons également les coordonnées d'associations culturelles latino-américaines afin de favoriser sa socialisation.

La mise en place de ces différentes mesures rassure la patiente et son petit-fils et nous procédons alors à une sortie le 20.03.2009 avec

un rendez-vous prévu à votre consultation, après plusieurs congés à son domicile qu[i] se sont déroulés favorablement."

Par décision du 2 juillet 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire et désigné Me Alexandre Guyat en qualité d'avocat d'office.

Par réponse du 11 février 2011, l'intimée, par son conseil, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle soutient en substance que la recourante travaillait au noir en Suisse et que l'instruction a été particulièrement difficile même avant la surveillance confiée à un détective. Elle expose que l'enquête pénale a laissé apparaître d'autres contradictions entre la recourante et sa femme de ménage et que dès lors les éléments médicaux au dossier ont été faussés par les mensonges de la recourante, cette dernière ne pouvant s'appuyer sur les avis des médecins ainsi trompés. Quant au vice de procédure invoqué, elle estime qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dès lors que la recourante a accès à toutes les pièces du dossier dans le cadre de la procédure de recours, que l'instance judiciaire cantonale dispose d'une pleine cognition quant à l'établissement des faits et que si vices il y avait, ils seraient entièrement guéris. Elle allègue que les images prises par le détective démontrent que la recourante n'a à aucun moment le sentiment d'éprouver la moindre angoisse, contrairement à ce que celle-ci soutient. La Caisse ajoute que si les prétentions de la recourante ne reposaient pas sur des mensonges, cette dernière n'avait aucune raison de paniquer à la perspective de la convocation le 25 septembre 2008 dans les bureaux de son conseil pour rencontrer l'assureur-accidents. Elle relève également que des parents n'auraient pas confié leur enfant à la recourante s'ils avaient eu le sentiment qu'elle ne jouissait pas de la sérénité psychique indispensable. Elle indique en outre que lors de la séance du 25 septembre 2008, elle a donné à la recourante toutes ses chances de rétablir la situation, opportunité que celle-ci n'a pas saisie en adoptant une attitude théâtrale. Enfin, elle estime que la demande d'assistance juridique ne peut être accordée dès lors que c'est par sa faute que la recourante se trouve dans la présente situation et qu'il est contraire à la bonne foi de se

plaindre de la complexité de cette situation pour justifier sa demande d'assistance juridique gratuite.

D. Entre temps, le 12 mai 2009, la Caisse a déposé plainte pénale contre la recourante, en particulier pour escroquerie « *et toutes autres infractions ou délits (LAA, LPGA)* ».

Par arrêt du 5 juillet 2010 (TF 8C_982/2009), le Tribunal fédéral a annulé la décision du 22 octobre 2009 de la juge instructeur suspendant la cause jusqu'à droit connu sur le procès pénal.

Le dossier de l'enquête pénale a été produit.

Y figurent notamment les pièces suivantes :

- la plainte pénale précitée dans laquelle l'intimée mentionnait notamment ce qui suit :

" **Conclusion**

2.8

Si l'on compare le résultat de l'observation de Mme W. _____ avec les déclarations qu'elle a faites vis-à-vis des divers médecins, il saute clairement aux yeux qu'elle vit sa vie quotidienne d'une façon très différente de celle qu'elle a dépeinte à chaque fois aux médecins. Au quotidien, elle vit une vie tout à fait normale, sans limitation physique d'aucune sorte et sans signes de douleurs.

Vis-à-vis des différents médecins, elle s'est présentée comme souffrante, invalide et très tourmentée par des douleurs. Elle l'a fait consciemment et à tort, comme le montre le résultat de l'observation.

A notre avis, par le comportement dont elle a fait preuve, l'opposante a rempli les conditions d'un délit. Si on compare comme elle s'est présentée désespérée, souffrante et invalide lors de l'entretien dans le bureau de Maître A. Guyaz le 25 septembre 2008, on ne peut contester que derrière son comportement se cache un système.

2.9

Le résultat de l'observation montre qu'il n'y a plus aucune séquelle de l'accident et qu'il n'y a pas d'incapacité de travail due à l'accident. De l'avis de notre médecin conseil, cela était déjà le cas 5 mois après le retrait des pièces métalliques (05.02.2007), soit à la fin juin 2007. Jusqu'à ce moment, le versement de nos prestations était fondé. Cependant, à partir de cette date, le versement de nos prestations s'est fait à tort. Il n'y a pour nous aucun doute que Mme

W. _____ le savait et a accepté ces prestations en toute mauvaise foi."

- la plainte pénale du 28 mai 2009 d'I. _____ contre la recourante et P. _____ en particulier pour escroquerie, tentative d'escroquerie voire faux dans les certificats, dans laquelle cette assurance a exposé notamment ce qui suit :

"6.- Sur la base de ses *plaintes*, de ses *douleurs déclarées* et de cet *état prétendu*, I. _____ a servi régulièrement des acomptes à valoir sur le dommage une fois connue définitivement la réalité du préjudice, pour un total de **Fr. 129'596.85** (*cent vingt-neuf mille cinq cent nonante-six francs huitante-cinq*) (pce 92).

a) Se faisant anonymement annoncer au masculin auprès de la Caisse Z. _____ le 18 avril 2006 (cf. pce 27), celle qui s'est révélée être W. _____ a avancé tout d'abord une rémunération mensuelle de **Fr. 3'100.-** (*Fr. 1'400.- pour 20h00 de travail hebdomadaire auprès d'un employeur et Fr. 1'700.- par des employeurs accessoires*), soit une rémunération horaire de l'ordre de **Fr. 20.-**, et formé opposition le 20 février 2007 en indiquant à l'Agence d'assurances sociales de [...] avoir réalisé, notamment cinq ans auparavant, en particulier auprès de P. _____ une rémunération de *Fr. 100.- par semaine* durant *quarante-neuf semaines en 2002* pour des travaux de ménage (pce 28, p. 2) d'après une attestation signée par cet employeur prétendu le 13 février 2007 pour *cinq heures par semaine* (pce 28/3), ce qui correspondait effectivement à quelque **Fr. 20.-** de l'heure.

b) Sur la base initiale même d'un revenu mensuel moyen de **Fr. 2'500.-** (pce 29), puis d'une aide *six jours par semaine* à raison de *deux heures par jour* au prix de **Fr. 25.-** de l'heure, I. _____ a réglé :

- Fr. 14'518.80 par ordre du 3 juillet 2006 (pce 29) ;
- Fr. 3'848.20 par ordre du 21 juillet 2006 (pce 30) ;
- Fr. 3'898.20 par ordre du 21 août 2006 (pce 31) ;
- F 3'766.- par ordre du 9 octobre 2006 (pces 32 et 40) ;
- Fr. 3'848.30 par ordre du 26 octobre 2006 (pces 33 et 42) ;
- Fr. 3768.- par ordre du 27 novembre 2006 (pces 34 et 38) ;
- Fr. 6'624.- par ordre du 27 décembre 2006 (pce 49) ;
- Fr. 2'295.- par ordre du 6 février 2007 (pce 52) ;
- Fr. 3'672.- par ordre du 2 avril 2007 (pce 54) ;
- etc.

c) Le 25 juillet 2006 parvenait une copie de l'**attestation** signée par l'un de ses anciens employeurs, soit **P. _____** précisément, effectuant désormais à son tour le ménage de W. _____ « pendant 2 heure (sic) par jour du lundi à samedi

sauf le dimanche à Fr. 25 Fr/h », précisant avoir débuté le 18 avril 2006 (pce 35/1).

Des **attestations** similaires étaient signées les 25 novembre 2006 (pce 46/1, pour mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 2006) et même le 29 janvier 2007 (pce 52/3) quand bien même cette fois-ci une augmentation d'indemnisation à Fr. 27.- de l'heure était émise par le conseil de W. _____ (pce 49). L'assureur observait qu'il était difficile de soutenir qu'il s'agissait d'un tarif provisoire, dès lors que W. _____ obtenait elle une rémunération de Fr. 20.- de l'heure dans son activité professionnelle à l'époque (pce 51).

d) P. _____ a continué d'émettre des **attestations** du même type, toujours pour le ménage de W. _____ deux heures par jour du lundi au samedi à concurrence de Fr. 25.- de l'heure (pces 53, 59/1 et 63/1) avant que ce chiffre ne soit réajusté par l'intéressée à Fr. 27.- de l'heure pour juin 2007 (pce 65/1).

e) La mention même de la *rémunération horaire* disparaissait en juillet 2007 comme le *nombre d'heures travaillées* (pce 67/1). Il en allait ainsi pour les mois d'août (pce 69/1), septembre (pce 71/1), octobre (pce 79/1) et novembre 2007 (pour quinze jours, pce 74/1).

7.- W. _____ a fait l'objet de plusieurs visites de la part d'I. _____, dont notamment celle du 11 septembre 2007 à son domicile en présence d'un représentant de la Caisse Z. _____ et de son avocat. Cette visite a fait l'objet d'un rapport (pièce 93) qui avait été envoyé à son avocat. On a pu ainsi relever sous « *plaintes actuelles* » que W. _____ :

N'arrive pas à tourner le bras droit, n'arrive pas à appréhender avec sa main droite, blocage au niveau du coude, impossible de lever le bras droit plus haut que son coude.

Au niveau du bras gauche, Mme W. _____ n'arrive pas à lever le bras plus haut que l'épaule. Ressent des douleurs algiques.

Ne peut pratiquement pas soulever des objets relativement légers (linge de bain mouillé à la piscine par exemple).

Ne peut pas pousser, ni tirer avec les 2 membres supérieurs. A des difficultés à prendre un bain ou à se doucher Mme W. _____ a besoin d'une aide extérieure.

Au niveau de la jambe droite, ressent encore des douleurs vives au bas du dos, à cause d'une vis qui n'aurait pas encore été enlevée. N'arrive pas à marcher plus de 2 heures, déambule encore avec une légère boiterie.

Compte tenu de la limitation des mouvements pour s'habiller, pour se coiffer, pour se doucher, se baigner ou pour couper la viande, un questionnaire sur le degré d'impotence sera fourni à l'expert médical.

W. _____ a confirmé à cette occasion la présence quotidienne de P. _____ à raison de 2 heures par jour pour accomplir toutes activités ménagères et d'aide pour ses soins corporels.

Toutefois, lors de cet entretien, W._____ s'est laissée surprendre à tenir dans son bras droit un classeur relativement volumineux et lourd, ou à accomplir certains mouvements qu'elle disait ne pouvait faire, comme arranger sa coiffure avec sa main droite.

8.- C'est dans cette situation d'exagération suspecte des troubles de W._____ qu'ont été initialisées des **investigations par détective**, confiées à YY._____, à [...], qui a émis trois rapports les 4 septembre, 23 et 25 septembre 2008 (pces 81 à 83), accompagnés d'un dvd de visualisation de certaines des scènes.

[...]

12.- Face aux médecins et aux assureurs, W._____ a systématiquement aggravé son état de manière théâtrale, car en réalité, W._____ est en mesure d'exercer toute activité professionnelle nécessitant un effort léger à modéré. En particulier, il lui est possible de continuer à exercer - comme auparavant - une activité professionnelle complète d'aide ménagère et [a] fortiori, comme ménagère au foyer, sans aucun signe d'invalidité.

13.- Dans l'hypothèse où W._____ ne devait pas avoir instrumentalisé les médecins divers qui ont pu la favoriser des certificats médicaux à tout le moins singuliers depuis mi-2007, ce qui pourrait constituer l'infraction de faux dans les certificats au sens de l'art. 252 CP, il apparaît clairement que les circonstances laissent fortement redouter de P._____ une complicité, si ce n'est même une co-activité pour la confection de fausses attestations réalisant le chef de prévention de faux dans les titres au sens de l'art. 251 CP.

Quant à l'*escroquerie* comme la *tentative d'escroquerie* (cf. art. 22 et 146 CP), elles semblent manifestement réalisées."

- le procès-verbal d'audition du 17 juin 2009 de la recourante, entendue comme prévenue, dont il résulte notamment qu'elle a confirmé les douleurs dont elle s'était plainte lors de la réunion du 25 septembre 2008 et telles qu'elle sont rapportées dans les rapports d'expertise. Il en résulte en outre ce qui suit :

" R4 : Les douleurs et difficultés se sont un peu améliorées grâce aux thérapies que je fais. Il faut aussi dire qu'il y a toujours eu des jours avec et des jours sans, notamment par rapport à la météo. Vous me demandez si avant fin 2008 il y avait eu des périodes un peu plus longues de rémission des douleurs et des difficultés. En fonction des calmants que je prenais, les douleurs étaient plus ou moins fortes. Pour vous répondre, il n'y a en tout cas jamais eu d'amélioration ou de rémission des douleurs pendant des durées de plusieurs semaines ou mois. Les améliorations étaient ponctuelles. Hier encore par exemple, j'avais de telles douleurs dans mon bras que je n'arrivais plus à faire aucun mouvement. Par exemple pour les choses que je dois soulever, je teste toujours pour voir si j'arrive car si je ne fais pas attention et soulève quelque chose de léger mais

qui s'avère par la suite avoir été trop lourd, j'ai mon coude droit et mon épaule gauche qui enflent pendant la nuit et me font très mal. Je tiens encore à ajouter que d'être dans cet état où je ne peux presque rien faire me gêne, raison pour laquelle je prends aussi des fois plus de calmants de manière à pouvoir faire des choses.

Q5 : Mme P. _____ est-elle effectivement venue vous aider à domicile 6 matins par semaine? Y a-t-il eu des interruptions?

R5 : Jusqu'en septembre 2008, Mme P. _____ venait effectivement 6 matins par semaine, soit du lundi au samedi. Pour vous répondre, si un jour elle ne pouvait pas venir, elle venait le lendemain et restait plus longtemps. Pour vous répondre, il n'y a pas eu de périodes d'interruption. Vous me demandez ce qu'il en est de la période de mars 2008 à septembre 2008. Elle est continuellement venue à la fréquence que je vous ai indiquée. Aujourd'hui, elle ne vient évidemment plus puisque je n'ai plus les moyens de la payer. Ce sont mon fils et son épouse qui viennent m'aider pour mon ménage quand ils le peuvent. Je tiens encore à ajouter que Mme P. _____ m'accompagne dans toutes mes sorties, d'ailleurs encore aujourd'hui. Vous me demandez pourquoi. Parce que quand je sors, j'ai besoin de quelqu'un qui puisse parler français pour moi. Elle vient aussi chez moi quand ça ne va pas à la maison.

Q6 : Je vous montre des extraits de la vidéo tournée par un détective privé. Comment avez-vous fait pour soulever les divers objets que l'on vous voit transporter?

R6 : S'agissant du carton que l'on me voit porter au début de la première séquence avec mes deux bras, il s'agissait d'un carton vide. En ce qui concerne les déchets que l'on me voit mettre dans les containers, il est vrai que j'ai soulevé avec la main droite les couvercles des containers et que j'ai mis dans ceux-ci, de la main gauche, le sac d'ordures. Il s'agit toutefois d'objets légers. Comme je vous l'ai dit, il y a des jours où cela va mieux et où je prends des calmants.

En ce qui concerne, toujours dans la première séquence, le carton de lessive que je porte de la main droite et le sac contenant une bouteille de lessive que je tiens de la main gauche, le carton de lessive était seulement à moitié plein. Pour vous répondre, il est vrai que la bouteille de lessive que l'on me voit transporter était pleine. Il faut quand même bien que je puisse vivre une vie normale et essayer d'aller faire mes commissions. Je tiens encore à expliquer que j'avais partagé l'achat du carton de lessive avec une autre personne, raison pour laquelle il était à moitié plein.

Vous me faites remarquer que ce que l'on me voit faire ne correspond pas aux difficultés et plaintes que j'ai décrites aux représentants des assurances, notamment le 25 septembre 2008. J'ai toujours dit qu'il fallait que je me force et que j'essaie de faire des tas de choses. Je n'allais pas m'asseoir dans mon appartement toute la journée et attendre à ne rien faire. Vous me faites néanmoins remarquer que j'ai expressément déclar[é] ne rien pouvoir porter, pousser et ne pas pouvoir faire de commissions. J'ai toujours dit qu'il fallait que je me force et mes médecins peuvent le confirmer. Vous me demandez si mes médecins savaient que j'étais capable de faire ce que l'on me voit faire sur les images. Mes médecins étaient au courant de mes douleurs et de ce que j'avais subi.

Q7 : Avez vous informé vos médecins traitants et les médecins mandatés pour les divers expertises que vous portiez des objets tels qu'on les voit sur les images et faisiez les mouvements que l'on vous voit réaliser notamment en jetant les ordures?

R7 : Les experts et les médecins que j'ai rencontrés l'ont été avant juillet 2008. Vous me demandez depuis quand j'ai pu commencer à porter des objets. Je ne me souviens pas. Je tiens à ajouter que des fois, pendant des semaines, je ne peux pas mettre le pied dehors à cause des douleurs et difficultés à bouger. De toute façon j'ai rendez-vous avec une doctoresse du centre orthopédique le mois prochain. Vous me demandez si ces améliorations et ces possibilités de porter des objets et de me mouvoir comme on le voit dans les images existaient déjà lors de l'expertise et de mes rencontres avec mes médecins traitants. Non, à l'époque ça allait très mal. Vous me demandez pourquoi je n'ai pas fait état de ces améliorations lors de la réunion du 25 septembre 2008. En fait, quand on a montré les photos lors de cette réunion, je n'ai pas eu le temps de m'expliquer. Vous me demandez pourquoi je ne me suis pas expliquée avant sur ces améliorations. Je ne sais pas. Il faut dire que je ne parle pas bien le français et que je ne suis pas sûre de la manière dont les choses m'étaient traduites.

En ce qui concerne le sac à dos rouge que l'on me voit transporter de la main droite, il n'était pas lourd car il ne contenait que quelques habits de mon arrière[-]petit-fils qu'il utilisait pour la gym. Vous me faites remarquer que j'ai déclaré aux assureurs que je ne pouvais pratiquement pas soulever des habits relativement légers comme un linge de bain mouillé à la piscine par exemple (cf P. 6/93 du dossier [...]). Il y a dû y avoir mauvaise compréhension de ce que je disais. En fait j'ai toujours dû porter mes linges de piscine mouillés, mais cela me coûtait. Vous me faites remarquer qu'il y a une certaine différence entre un seul linge de piscine mouillé et un sac d'école ou des commissions. Je vous assure que contrairement aux apparences, le sac d'école rouge était super léger. Il ne contenait qu'un t-shirt et une serviette. Quant aux commissions, il faut bien que je le fasse.

Q8 : Comment avez-vous fait pour soulever l'enfant que l'on vous voit tenir dans vos bras?

R8 : Il est vrai que cet enfant pèse un certain poids. Vous me dites que vous l'estimez à plus de huit kilos. Non, elle est très légère et pèse moins de sept kilos. Elle a peut-être un an et demi ou peut-être même qu'un an. Je ne l'ai pas soulevée depuis par terre. Elle était montée sur une caisse et je l'ai prise du bras gauche. Je pouvais la garder ainsi quelques minutes mais pas longtemps. Vous me faites remarquer que par moment je la tiens complètement sur le bras gauche. C'est vrai.

S'agissant de la poussette que l'on me voit pousser ou tirer, ce n'est pas difficile et j'arrive à le faire sans problème. Lorsque l'on me voit monter dans un bus avec la poussette ce n'est pas difficile il suffit de faire basculer les deux roues pour qu'elle soient dans le bus puis pousser la poussette.

Q9 : Comment avez-vous fait pour monter l'escalier de votre immeuble avec la poussette et l'enfant que vous promeniez?

R9 : En fait nous n'avons pas le droit de faire entrer les poussettes dans l'immeuble et je l'ai laissée à l'extérieur. L'enfant marchait et je n'ai fait que lui donner la main dans l'escalier, de plus

il y a souvent quelqu'un chez moi ou dans l'immeuble que je peux appeler pour qu'il ou elle m'aide à monter l'enfant.

Q10 : Sur tous ces extraits vidéo, il apparaît que vous vous déplacez sur des distances relativement importantes, sans boiter, et que vous pouvez même courir. Qu'avez-vous à dire à cet égard?

R10 : Il est vrai que sur la première séquence, un matin, j'ai couru légèrement. Je devais me rendre à ma thérapie. Vous me faites remarquer qu'en outre, sur ces images je ne boite pas. Cela faisait partie d'un de ces matins où j'allais mieux. Je tiens à préciser que je prends des calmants de toute façon au lever.

Q11 : Comment se fait-il que vous n'avez jamais porté d'attelle lors des périodes durant lesquelles vous avez été observées?

R11 : Je ne porte en général d'attelle que durant la nuit, pour éviter qu'en dormant je m'appuie sur le coude. Lors de la réunion de septembre 2008, je ne portais qu'une bande élastique, soit la même dont je vous ai parlé et que je mets quand il fait froid notamment. D'ailleurs, mon médecin m'avait dit que si je voyais qu'en portant certaines choses cela faisait du bien, il fallait que je le fasse. Vous me relisez mes déclarations faites lors de la réunion du 25 septembre 2008 selon lesquelles je portais quotidiennement, jusqu'à quinze jours avant la réunion, une bande élastique, sauf la nuit.

En fait, j'ai porté, quotidiennement et je continue régulièrement à porter une attelle mais seulement à l'intérieur de l'appartement. Je ne la mets pas pour sortir parce que c'est gênant et lourd. Vous me faites remarquer que je n'avais pas d'attelle sur les images où je porte l'enfant, alors même que j'étais chez moi. Je n'arrive en effet pas à porter l'enfant avec une attelle.

Q12 : Vous avez indiqué ne pas pouvoir supporter le frottement d'une manche sur votre bras droit. Comment se fait-il que vous ayez pu sortir en septembre 2008 en portant une veste?

R12 : Il est vrai que l'on me voit en train de porter une veste. En fait j'avais une bande élastique autour du bras qui me permet d'éviter d'avoir froid et éviter les frottements. Cette bande m'offre de plus un soutien au niveau du coude qui réduit les tremblements au niveau de ma main droite.

Q13 : A cette occasion, comment avez-vous fait pour passer votre veste?

R13 : A l'hôpital, on m'a montré et je me suis exercé, la manière d'enfiler une veste ou même des chaussettes avec une seule main. Cela fait partie de la thérapie de nous montrer comment mettre des habits.

Q14 : Pourquoi avez dit lors de la réunion du 25 septembre 2008 que vous vous déplaçiez avec beaucoup de difficultés, et aviez des difficultés à monter les escaliers de sorte qu'il vous fallait trouver un appartement adapté à votre handicap.

R14 : Il est vrai que j'ai de la peine à monter les escaliers. Vous me faites remarquer qu'entre avoir de la peine et ne pas réussir il y a une différence. J'habite au deuxième étage et je suis bien obligée de monter les escaliers. Vous me faites également remarquer que sur les images visionnées, on ne me voit pas me

déplacer avec "beaucoup de difficultés". C'est que l'on ne peut pas voir les douleurs que je ressens à l'intérieur. Je tiens encore à ajouter que les jours où je vais moins bien, le simple fait de devoir descendre et remonter les escaliers pour sortir me fait renoncer à toutes sorties.

Q15 : Comment se fait-il que Mme P. _____ ne se soit pas rendue votre domicile la plupart des matins lors desquels les observations ont eu lieu?

R15 : Je maintiens qu'elle venait. Ce n'était pas toujours à heures fixes. Il lui arrivait en outre de préparer les repas chez elle et de les amener. J'imagine qu'il a simplement dû la manquer. Vous me donnez la liste des jours où le détective est venu faire des observations et me rappelez qu'il s'agit de jours de semaine. Vous m'indiquez en outre que seule une fois, il a constaté la présence de Mme P. _____ de sorte qu'il paraît difficile qu'il puisse s'agir de simples coïncidences. A ce moment, pourquoi n'a-t-il pas pris de photo? Vous me faites remarquer qu'il est difficile de prendre des photos de gens qui ne viennent pas. Pourquoi alors a-t-il pris qu'une seule photo d'elle. Vous me faites remarquer que c'est parce qu'il ne l'a vue qu'une seule fois. Vous me demandez si le détective a menti. Je ne sais pas quoi vous dire parce que tout ce que je sais c'est que Mme P. _____ est venue régulièrement, comme je l'ai toujours indiqué."

- le procès-verbal d'audition du 2 juillet 2009 de P. _____, femme de ménage de la recourante, entendue comme prévenue, dont il résulte notamment ce qui suit :

" Q12 : Confirmez-vous avoir été présente lors d'une séance le 25 septembre 2008 chez Me GUYAZ, et avoir tenu les propos qui vous sont attribués?

R12 : Vous me lisez intégralement le début de la retranscription de la séance du 25 septembre 2008 (P. 5/11). Je confirme que tout ce qui est rapporté correspond à ce qui a été dit lors de cette séance.

Vous me faites remarquer que ce qui est déclaré ne correspond à ce qui figure ci-dessus. S'agissant du fait que je continuais à venir tous les matins six fois par semaine y compris le samedi, j'avais précisé que je ne venais pas les matins. Je crois que sur ce point les assureurs ont mal compris. Pour le reste, il est vrai que je ne venais plus six fois par semaine même si c'était le cas au tout début. Vous me demandez si je confirme avoir effectivement traduit les propos de Mme W. _____ et la raison pour laquelle je n'ai pas rectifié. Je les ai effectivement traduits et n'ai pas précisé que je ne venais plus que quelques jours par semaine les derniers temps. S'agissant du fait que je devais lui laver les cheveux, vers la fin c'était peu souvent. Je me mets à sa place et comprends qu'elle voulait le faire elle-même. Pour vous répondre, elle devait y arriver mais avec beaucoup de difficultés, car elle avait de la peine à lever les bras.

Vous me demandez si je n'ai pas été étonnée que Mme W. _____ dise ne ressentir aucune amélioration depuis septembre

2007 ou début 2008. Pour moi il y avait une amélioration mais je ne sais pas comment elle le ressentait.

S'agissant de ses difficultés à faire des courses, je pense qu'elle pouvait les faire elle-même vers la fin si elle ne prenait pas des choses trop lourdes. Pousser un caddie ce n'est pas trop difficile car il y a des roues mais je ne sais pas ce qu'il en est pour elle.

S'agissant de l'attelle, il m'arrivait de la voir sans mais elle la mettait dès qu'elle avait mal et je confirme qu'elle la portait très souvent.

Je confirme que Mme W. _____ n'arrivait toujours pas ou avec de grandes difficultés à mettre un manteau ou ses chaussettes à fin 2008. S'agissant de la viande qu'elle n'arrivait pas à couper, je confirme que même maintenant elle continue à avoir des problèmes.

S'agissant des difficultés rencontrées par Mme W. _____ à se déplacer, je confirme qu'elle avait et continuait à avoir de la peine à monter les escaliers. S'agissant de ses déplacements, je confirme que même à fin 2008 elle continuait à boiter légèrement. Si on regarde par rapport à une personne qui n'a pas de problèmes, on voit qu'elle boite[.]

Q13 : Je vous fais visionner des séquences vidéo de surveillance de Mme W. _____, où vous pouvez notamment la voir se déplacer, porter des objets, un enfant, pousser une poussette. Ces images vous étonnent-elles?

R13 : Je vous informe que j'ai déjà vu ces images. En effet, nous les avons visionnées avec son avocat après le départ des assureurs le 25 septembre 2008. Je vous avoue que ces images m'avaient mises hors de moi. Je l'ai d'ailleurs dit à Mme W. _____. Je lui ai dit qu'on l'aidait alors qu'elle semblait faire des choses seule. Pour vous répondre, ce que j'ai vu m'a vraiment étonnée. Même pour moi, un paquet de lessive c'est lourd. Elle a répondu qu'il fallait bien qu'elle fasse des choses par elle-même et être autonome. Je sais aussi qu'elle prend beaucoup de médicaments pour faire disparaître la douleur. Je ne peux pas non plus prétendre que je sais ce qu'elle ressent.

Vous me demandez dès lors si Mme W. _____ n'a pas exagéré ses difficultés lors de la discussion du 25 septembre 2008. Pas forcément exagéré, mais pour moi elle peut faire des choses. J'imagine que ça lui fait quand même mal. Je dois bien admettre qu'au vu des images, elle n'a pas dit toute la vérité sur ce qu'elle pouvait ou ne pouvait pas faire.

Je vous assure qu'avant de visionner les images, je n'avais jamais pensé qu'elle pouvait faire ce que je l'ai vu faire. Quand nous sortions ensemble, c'est moi qui portait les choses.

J'ai également vu les images où elle portait son arrière-petite-fille dans les bras. On voit bien qu'à un moment elle la tient avec un seul bras. J'ai dit à Mme W. _____ que cela montrait qu'elle avait quand même une certaine force et que je pensais que les assureurs allaient le remarquer. Mais je veux me mettre à sa place. C'est quand même son arrière-petite-fille et je comprends qu'elle veuille tout faire pour pouvoir bien s'occuper d'elle. Les petits enfants comme cela ont besoin de câlins.

S'agissant de la poussette, cela ne me paraît pas tellement difficile car il y a des roues et il suffit de pousser.

Q14 : Comment se fait-il, au vu des difficultés dont souffre Mme W._____, et que vous avez attestées, que celle-ci puisse se déplacer et agir de la sorte?

R14 : En tous les cas, lorsque je la voyais et que l'on sortait, elle n'était pas bien. Pour le reste, je ne sais pas quoi vous dire.

Q15 : Il vous est donné connaissance des dates et horaires des observations effectuée par un détective privé, qui dit ne vous avoir vue qu'à une occasion vous rendre chez Mme W._____. Qu'avez-vous à dire à cet égard?

R15 : Je ne comprends pas pourquoi il ne m'a pas vu mais maintiens que j'allais chez Mme W._____ même si ce n'était plus que trois jours par semaine. Vous me faites remarquer qu'il est tout de même étonnant que le détective ne m'ait pas vu à autant d'occasions, alors même qu'il surveillait l'appartement en début d'après-midi. Je maintiens que j'y allais comme je l'ai dit."

- le procès-verbal d'audition du 20 juillet 2009 de l'expert K._____, dont il résulte notamment ce qui suit :

" Q7 : Dans le cadre de votre rapport, vous avez relevé à plusieurs reprises une certaine majoration des symptômes douloureux lors de l'examen. Qu'est-ce que cela signifie? En avez-vous tenu compte dans le cadre de vos conclusions? Si oui, dans quelle mesure et si non pourquoi?

R7 : Comme je vous l'ai dit, je m'attendais un peu à une certaine majoration des symptômes douloureux. Il y avait notamment une certaine résistance lors de la mobilisation passive. Il fallait un peu forcer et répéter la mobilisation en demandant à Mme W._____ de se détendre pour arriver à la limite des mouvements possibles. Ces considérations n'ont pas joué de réel rôle dans mes conclusions car j'ai tenu compte de la situation globale.

Q8 : Je vous fais visionner plusieurs séquences vidéo tournées entre avril et juillet 2008, à la suite d'une surveillance effectuée sur Mme W._____. Je vous saurais gré de commenter ces séquences par rapport aux plaintes de Mme W._____ et aux douleurs dont elle vous a dit souffrir.

Q8 : Je découvre ces images et n'en ai jamais eu connaissance ni n'en ai été informé.

Dans la première séquence, on distingue qu'elle porte un carton. Cela ne semble pas compatible avec l'état dans lequel je l'ai vue. Vous m'informez que Mme W._____ soutient que le carton était vide. Dans ce cas, le fait de le porter serait encore compatible avec la situation que j'ai constatée, encore que j'ai vu qu'elle avait posé son sac à main au dessus, ce qui amène quand même à penser qu'elle était capable de porter un certain poids.

Dans la séquence suivante où l'on voit Mme W._____ amener des déchets dans des containers, je remarque qu'elle a des mouvements fluides. On ne distingue aucun arc douloureux ni aucune hésitation en faisant des mouvements actifs, contrairement à ce que j'ai constaté lors de l'examen. Pour obtenir cette amplitude, je devais solliciter Mme W._____ à plusieurs reprises dans le cadre

d'une mobilisation passive et active. Elle gémissait et résistait alors qu'on constate sur les images une absence totale de douleurs. Les gens qui ont mal ne font pas ce type de mouvements.

S'agissant de l'épisode où l'on voit Mme W. _____ porter un paquet de lessive, cela correspond à quelque chose qui à mon sens n'aurait pas dû être réalisable par la patiente et cela même si comme vous me dites, le paquet de lessive devait être à moitié vide. Je constate également aucune boiterie dans sa démarche alors qu'une légère boiterie d'épargne existait lors de l'examen.

S'agissant des images montrant Mme W. _____ en train de porter un enfant dans ses bras, je l'en aurais jugée incapable. Si elle souffrait effectivement des douleurs qu'elle m'a rapportées, elle aurait été incapable de retenir l'enfant au moindre faux mouvement de sa part. Elle ne pouvait pas ne pas se rendre compte de cette incapacité de faire un mouvement brusque et je n'imagine pas qu'elle aurait pu prendre le risque de tenir un enfant dans ces conditions.

S'agissant de l'épisode où l'on voit Mme W. _____ pousser une poussette, je n'y vois rien de contradictoire avec mes constatations, hormis le fait que je ne distingue toujours aucune boiterie.

S'agissant du dernier épisode où l'on revoit Mme W. _____ devant des containers, on distingue qu'elle utilise le bras douloureux pour effectuer un mouvement au-dessus de l'horizontal. Une personne qui souffre de douleurs comme je l'ai relevé dans mon rapport évite de tels mouvements au-dessus de l'horizontal et aurait à tout le moins utiliser l'autre bras.

Q9 : Est-il possible que la situation de Mme W. _____ se soit améliorée aussi significativement en quelques mois?

R9 : Non. Mme W. _____ devait forcément avoir la même amplitude de mouvement et les mêmes limitations et donc les mêmes douleurs lors de l'expertise et dans les mois qui ont suivis.

Q10 : Une prise de médicaments peut-elle expliquer l'amélioration constatée sur les images?

R10 Des médicaments très puissants, comme la morphine pourraient masquer les douleurs et symptômes et permettre à Mme W. _____ de bouger avec une telle fluidité, sans montrer ou sentir de douleurs. Toutefois, une personne habituée à la douleur évite par habitude de faire de tels mouvements, même lorsqu'elle prend des médicaments. Il serait très étonnant que la fluidité des mouvements remarquée dans les images soit uniquement due aux médicaments.

Q11 : Au vu de ces images, peut-on parler d'aggravation systématique et d'exagération de ses plaintes par Mme W. _____?

R11 : Au vu des images, il y a dû y avoir majoration des plaintes lors de l'expertise.

Q11 : Au vu des éléments en votre possession au moment de rédiger votre rapport, vos conclusions auraient-elles été sensiblement différentes si vous aviez pu visionner ces images avant de le rendre? Si oui, et en bref, dans quelle mesure?

R11 : Sur les séquelles des lésions, il est clair qu'elles sont moindres que celles démontrées dans l'expertise. La capacité de travail est néanmoins une autre chose car elle implique des mouvements répétitifs durant une journée entière. Une nouvelle

évaluation complète serait nécessaire pour revoir correctement la capacité de travail résiduelle.

S'agissant des pourcentages figurant en dernière page de mon expertise, il est clair qu'ils seraient réévalués sensiblement à la hausse de même de toute façon que la capacité de travail.

Q12 : Comment expliquer que Mme W. _____ ait ainsi pu cacher son état réel? Y aurait-il eu un moyen de le découvrir lorsque vous l'avez examinée?

R12 : Nous nous fondons sur des petits signes et sur l'amyotrophie, soit la diminution de la musculature qui signifie une diminution de l'utilisation du membre, pour détecter une vraisemblance des plaintes. Dans le cas d'espèce, l'atteinte neurologique du membre supérieur droit empêchait toutefois de savoir à quoi était due cette amyotrophie. Il y avait également une légère amyotrophie deux muscles de l'épaule gauche, non liée à une lésion neurologique, qui semblait indiquer une moindre utilisation du membre gauche également.

Ici, on est également influencé par les graves lésions subies et on s'attend à voir des douleurs importantes, même si j'avais constaté que la mobilité restait somme toute relativement bonne.

Pour vous répondre: il n'existe pas à ma connaissance d'autres examens ou procédures pouvant permettre de détecter ou de quantifier la part volontaire ou non volontaire de la diminution de mobilité."

- le procès-verbal d'audition du 11 septembre 2009 de l'expert J. _____, dont il résulte notamment ce qui suit :

" Q7 : Dans le cadre de votre rapport, vous avez relevé que l'examen physique a priori non douloureux déclenchait chez la patiente un état de tristesse et de désespoir, que vous mettez en relation avec la présence d'un état dépressif associé à un état de stress post-traumatique (P. 5 E, p. 7). Qu'est-ce que cela signifie? En avez-vous tenu compte dans le cadre de vos conclusions? Si oui, dans quelle mesure et si non pourquoi?

R7 : J'ai mis cette "exagération" des réactions de la patiente sur l'état de stress post-traumatique. Lorsque je parle de réaction exagérée, je me réfère aux pleurs et à l'épuisement que mes examens ont déclenché. Pour vous répondre, je n'avais toutefois pas l'impression d'être en face d'une personne simulant la douleur.

Q8 : Je vous fais visionner plusieurs séquences vidéo tournées entre avril et juillet 2008, à la suite d'une surveillance effectuée sur Mme W. _____. Je vous saurais gré de commenter ces séquences par rapport aux plaintes de Mme W. _____ et aux douleurs dont elle vous a dit souffrir.

[R]8 : S'agissant de la première séquence où l'on voit Mme W. _____ transporter un carton, cela me paraît étonnant et signifierait une amélioration significative de son état depuis que je l'ai vue. Vous m'indiquez que Mme W. _____ soutient qu'il s'agissait d'un carton vide. Dans ce cas, cela serait encore

compatible avec l'état de Mme W. _____ et n'amène pas de commentaires de ma part.

En ce qui concerne l'épisode où Mme W. _____ se rend auprès des containers et utilise son bras droit pour soulever les couvercles, la fluidité et l'ampleur de son mouvement sont un peu étonnantes. Toutefois, les douleurs peuvent être fluctuantes. Cela dépend également des médicaments qu'elle prenait.

Par rapport à la séquence suivante où Mme W. _____ transporte notamment un paquet de lessive avec son bras droit, cela apparaît également un peu étonnant mais les séquences sont trop courtes pour extrapoler. Il est clair que si elle devait transporter ce type d'objets de manière répétitive ou sur une longue durée, cela m'apparaîtrait incompatible avec mes conclusions.

Pour vous répondre, ce que je constate sur les images n'est à priori pas totalement incompatible avec les plaintes décrites par Mme W. _____ et que j'ai retranscrites dans mon expertise en page 5.

En ce qui concerne l'épisode où Mme W. _____ porte un enfant, je la vois le tenir dans son bras gauche. Le bras droit n'est pas sollicité. A mon sens, cela n'amène rien en contradiction avec les constatations que j'ai effectuées.

Quant à la fin des séquences, je n'ai pas de réels commentaires supplémentaires à faire. Il est clair qu'elle semble aller relativement bien et n'apparaît pas présenter de limitations dans ses mouvements. Ce qui est toujours problématique, s'agissant du syndrome douloureux, surtout lié à un état dépressif, c'est qu'une amélioration de l'état psychique donne le sentiment au patient d'aller mieux et donc d'avoir moins mal. Les douleurs comme je l'ai dit fluctuent. En fonction de cela, le patient est plus ou moins capable d'effectuer certains mouvements.

Pour vous répondre, il est clair que je n'ai constaté aucune boiterie de Mme W. _____ dans ses déplacements.

Q9 : Est-il possible que la situation de Mme W. _____ se soit améliorée aussi significativement en quelques mois après votre examen?

R9 : Je ne parlerai pas d'une amélioration mais d'une fluctuation des douleurs qui est toujours possible.

Q10 : Une prise de médicaments peut-elle expliquer l'amélioration constatée sur les images?

R10 : Cela ne me semble pas impossible si elle était sous une relativement forte médication, de type opiacés. Je ne sais pas en quoi consistait exactement son traitement médicamenteux au moment où les images ont été prises.

Q11 : Au vu de ces images, peut-on parler d'aggravation systématique et d'exagération de ses plaintes par Mme W. _____ ?

R11 : Une première vision des images peut effectivement donner cette impression mais les séquences sont à mon sens trop courtes pour se forger une opinion définitive. S'il devait s'avérer que Mme W. _____ déployait l'activité que l'on distingue sur les images en continu sur une journée, on pourrait soutenir une exagération de ses plaintes par la patiente.

Q12 : Au vu des éléments en votre possession au moment de rédiger votre rapport, vos conclusions auraient-elles été

sensiblement différentes si vous aviez pu visionner ces images avant de le rendre? Si oui, et en bref, dans quelle mesure?

R12 : Si j'avais eu accès à ces images avant de rédiger mon rapport, cela n'aurait en rien modifié mon diagnostic. J'estime qu'il est extrêmement difficile de juger de l'impact de ces images sur la réalité de la vie quotidienne du patient. Le syndrome douloureux ne se voit pas et présente un aspect psychiatrique qui nécessite une évaluation fine.

D'un point de vue concret, j'aurais peut-être été un peu moins "clément" dans les pourcentages figurant en page 15 de mon rapport et je n'aurais vraisemblablement pas mentionné une incapacité de travail à 100%. Toutefois la différence n'aurait pas forcément été sensible. De toute manière, une telle évaluation doit être faite de manière fine et ne peut se baser uniquement sur les images que vous m'avez montrées et doit prendre en compte la globalité de la problématique.

Q13 : Estimez vous, au vu des images, que Mme W. _____ ait dissimulé son état réel, ou ait cherché à vous cacher son état? Y aurait-il eu un moyen de le découvrir lorsque vous l'avez examinée?

R13 : Je n'ai pas eu l'impression, sur le moment, d'une simulation. Les séquences que j'ai visionnées sont trop courtes pour pouvoir me conduire à modifier fondamentalement mon appréciation.

Q14 : Souhaitez vous ajouter quelque chose à vos déclarations?

R14 : Je pense que dès qu'il existe un syndrome douloureux, il y a pour moitié un aspect psychiatrique à l'existence de ce syndrome et qu'il peut être important d'examiner cet aspect du point du vue du psychiatre. Je précise que Mme W. _____ a fait l'objet, à ma connaissance, d'une telle expertise."

- le procès-verbal d'audition du 1^{er} octobre 2009 de l'expert N. _____, dont il résulte notamment ce qui suit :

" A mon sens, Mme W. _____ s'est montrée authentique dans ses plaintes et je n'ai pas eu l'impression d'une majoration des plaintes. Ce qui m'a conforté dans ce sentiment, c'est que Mme W. _____ Z s'est montrée très différente lors des deux entretiens. Elle est apparue très mal lors de l'évocation de l'accident et son état est paru bien meilleur lorsque nous avons parlé d'autre chose. Les personnes qui cherchent à exagérer leurs plaintes ont plutôt tendance à le faire tout le temps.

Vous me faites visionner différentes séquences vidéo tournées entre mai et septembre 2008. De manière générale, je n'ai pas constaté, à mon niveau, d'attitude de Mme W. _____ qui serait en contradiction flagrante avec mes constatations et conclusions. Je n'avais par ailleurs pas noté de ralentissement ou mental, ce qui est un signe de dépression difficilement falsifiable. Il n'y a pas de ralentissement moteur visible sur les images que j'ai visionnées. Elle avait mentionné avoir des difficultés traverser seule la route. Je constate qu'elle est souvent en compagnie d'autres personnes pour

traverser, sur les images. A une occasion, on la voit en septembre 2008 traverser seule la route et en dehors d'un passage piéton, ce qu'elle avait dit ne pas pouvoir faire en février 2008. Toutefois, j'estimais une amélioration de son état post-traumatique possible et je l'avais même encouragée à faire ce qu'elle évitait, soit traverser des routes notamment. Il est possible que son psychiatre traitant l'ait également encouragée dans ce sens. Toute la question est de savoir si elle en était déjà capable en février 2008 mais aucun élément ne me permet de le suspecter.

S'agissant de cette amélioration, j'avais pour ma part préconisé d'attendre deux ans avant de réévaluer la situation. Une amélioration plus rapide est cependant imaginable. Le fait de ne pas réexaminer trop rapidement quelqu'un souffrant d'un état de stress post-traumatique sert à éviter qu'elle se sente sous pression, ce qui pourrait la fragiliser.

Je précise que je ne suis pas compétent pour dire si les mouvements vus sur les images étaient compatibles avec les examens effectués par les somaticiens.

Une amélioration en quelques mois de l'état de Mme W._____ est possible et compatible avec mes conclusions. Si j'avais disposé de ces images au moment de rédiger mon expertise et qu'elles avaient, par hypothèse, été tournées juste avant, j'aurais confronté les déclarations de Mme W._____ à cette dernière scène où on la voit traverser une route en dehors du passage piéton. Je ne peux pas faire d'hypothèse sur ce qu'elle m'aurait dit. Il est possible que j'aurai un peu abaissé la limitation fonctionnelle due à l'état de stress post-traumatique.

Le traitement médicamenteux psychotrope qui lui était administré fait partie du traitement destiné à améliorer l'état du patient de sorte qu'il peut précisément contribuer à cette amélioration. Il était déjà en cours au moment où je l'ai vue."

- le procès-verbal d'audition du 27 janvier 2010 du détective Q._____, dont il résulte notamment ce qui suit :

"Je travaille en qualité d'indépendant comme enquêteur privé. Pour vous répondre, la Caisse Z._____ n'est pas un client régulier de mes services. Je crois que c'est la seule fois que j'ai eu à faire à eux comme mandants. J'ai en revanche déjà travaillé avec la caisse I._____ et il est possible que ce soit cette caisse qui ait donné mon nom à mon mandant.

Lorsqu'on m'a confié ma mission, je n'ai eu accès à aucun document médical, ni résumé de déclaration quelconque. On m'a juste expliqué qu'elle avait eu un accident, sans plus de détail, qu'elle avait été opérée à l'épaule droite. Je devais établir quelle était son activité journalière, si elle exerçait d'autres activités et voir si son comportement correspondait à ses déclarations. Elle avait indiqué qu'elle ne pouvait pas porter de lourdes charges et qu'elle était handicapée dans ses déplacements et mouvements. Ce sont les seules informations qui m'ont été données.

Pour commencer ma mission, je me suis positionné à proximité du domicile de Mme W._____. Je n'avais pas de photographie mais ai déterminé qui elle était grâce à son signalement qui m'avait été fourni, son âge et le fait qu'elle habitait

au 2ème étage. J'avais également reçu le nom d'une personne qui devait s'occuper des nettoyages. Je n'avais pas de signalement de cette autre personne et ne l'ai pas identifiée. A mon sens, je ne l'ai jamais vue, à moins qu'il s'agisse de la personne qui a rendu visite à Mme W. _____ le 22.07.08.

Lors de toutes mes observations au domicile de Mme W. _____, j'étais posté de manière à avoir la vue sur l'entrée de l'immeuble: Je distinguais également le balcon de Mme W. _____, côté entrée principale. Pour vous répondre, je ne distinguais rien à l'intérieur de l'appartement. Je pouvais néanmoins distinguer si quelqu'un venait vers la fenêtre ou se rendait sur le balcon.

Je passe avec vous en revue mon rapport du 04.09.08 (P. 5/7) et mes constatations. En ce qui concerne la remarque figurant tout en bas de la page 2, je confirme que la surveillance a été interrompue à 15h. La dernière phrase doit être comprise comme signifiant qu'elle n'a pas quitté son domicile entre 14h10 et 15h.

En ce qui concerne mes constatations du 06.05.08 (page 3), je confirme être certain d'avoir vu Mme W. _____ sortir de chez elle avec un carton vide à la main. J'en ai déduit qu'il était vide car elle le portait d'une seule main. Lorsqu'elle est revenue, je n'ai pas vu ce que contenait le carton. Si j'indique qu'il contenait un objet, c'est qu'elle le portait alors à deux mains. Je ne vois pas pourquoi elle l'aurait tenu de la sorte s'il était vide. Vous me faites remarquer qu'à son retour elle avait déposé son sac à main sur le carton, ce qui pourrait expliquer la manière dont elle tenait celui-ci. Elle avait déjà son sac à main en partant, mais en bandoulière. Je ne vois pas pourquoi elle aurait changé sa manière de porter carton et sac si le carton n'était pas plein, ni d'ailleurs pourquoi elle aurait emmené et emporter un carton vide.

S'agissant de mes constatations des 09 et 15.05.08, si j'indique que Mme W. _____ se trouve dans l'appartement, c'est que je l'ai vue, peut-être à un moment où elle montait les stores ou se trouvait derrière la fenêtre. Lorsque je ne la vois pas, j'avoue que je ne peux rien déterminer. Pour vous répondre, je vous assure que si j'indique qu'elle est dans l'appartement, ce n'est pas uniquement parce que j'ai vu un rideau bouger ou des stores monter. C'est parce que je l'ai distinctement vue.

En ce qui concerne mes constatations du 29.05.08, je n'ai pas suivi Mme W. _____ dans un magasin. Je ne sais donc pas d'où proviennent les produits qu'elle transportait. Je ne peux dès lors pas vous dire si le paquet de lessive était plein ou vide.

En ce qui concerne mes constatations du 18.08.08 et du retour de Mme W. _____ accompagnée d'un garçon de 8 ans environ (page 5), je ne sais pas ce que contenait le sac à dos rouge. Si j'affirme qu'il est plein, c'est que j'ai vu que le sac était tendu. En outre, il "tirait bien" en bas, de sorte qu'il devait faire un certain poids qu'il m'est toutefois impossible d'évaluer.

S'agissant de mes constatations du 26.06.08 (page 5), j'ai entièrement filmé la scène qui s'est déroulé sur le balcon, sauf peut-être les cinq premières secondes. Je n'ai pas fait d'autre constatation que ce qui peut être vu sur le film. Je confirme que le poids de l'enfant était tenu par le bras gauche et non pas par le bras droit dont l'épaule avait été opérée.

En ce qui concerne mes constatations du 22.07.08 (page 7) et mon affirmation selon laquelle Mme W. _____ n'a eu aucune aide pour monter les escaliers de l'immeuble afin de se rendre dans son appartement, j'étais effectivement en train de filmer de l'autre

côté de la rue. J'ai arrêté ma vidéo et j'ai traversé la rue pour rentrer en face de l'entrée de son immeuble. J'ai constaté de mes yeux qu'elle n'avait eu besoin d'aucune aide pour monter les escaliers à l'intérieur de l'immeuble. Pour vous répondre, la porte d'entrée était ouverte et la cage d'escalier est vitrée.

J'ai moi-même constaté à un autre moment, même si cela ne figure pas dans mon rapport, qu'elle montait et descendait régulièrement ces escaliers. Une fois, elle a même remonté les escaliers en portant un bébé sur le bras gauche.

S'agissant de mes constatations identiques du 24.07.08, je confirme avoir effectivement vu de mes yeux Mme W. _____ rentrer chez elle en montant les escaliers sans l'aide de quiconque.

La mention qui figure en page 8 dans mes conclusions au sujet des déplacements dans l'escalier de Mme W. _____ avec un enfant dans les bras correspond à ce que je vous ai dit ci-dessus.

Je vous précise qu'en fait, si je me suis déplacé les 22 et 24.07.08 jusqu'à la porte d'entrée de l'immeuble, c'est que je me demandais ce qu'elle faisait avec la poussette. J'ai compris le 22.07.08 qu'elle devait la descendre à la cave car la poussette n'était pas dans l'entrée et que manifestement, elle ne la montait pas dans les étages. Pour vous répondre, je peux vous assurer que je n'ai pas vu Mme W. _____ laisser sa poussette à l'extérieur de l'immeuble. Par ailleurs, l'enfant ne marchait pas pour monter les escaliers : elle le portait. Le 24.07.08, j'ai à nouveau couru vers la porte d'entrée et cette fois, j'ai filmé Mme W. _____ dans la cage d'escaliers, depuis l'extérieur. La porte d'entrée était ouverte. Vous m'avez lu les déclarations de Me GUYAT qui s'étonne que je me sois abstenu de filmer Mme W. _____. En fait, il se trompe. J'ai bien filmé Mme W. _____ le 24.07.08. Si je n'ai pas produit immédiatement ces séquences, c'est que je m'étais posé une question sur la sphère privée de sa cliente. Je me suis toutefois renseigné et comme j'ai pris ces images depuis l'extérieur et qu'il s'agissait de faits visibles par tous, je suis prêt à vous montrer les images. Je vous fournirai un CD contenant cette séquence. Je précise que je me suis abstenu de filmer ce qui se passait dans la cage d'escaliers et que je me suis limité à filmer l'entrée de l'immeuble.

En ce qui concerne mes conclusions sur la présence de l'aide-ménagère (page 9), je suis affirmatif. Dans la première phase de mon enquête, je me suis rendu 14 fois sur les lieux. Lorsque j'indique des heures de présence, cela signifie une présence effective et absolument continue. Je ne quitte même pas les lieux pour aller aux toilettes. A partir de la deuxième journée de surveillance, il m'aurait été possible de dire exactement qui étaient les habitants de l'immeuble et même où ils habitaient. On finit par voir les gens au balcon, les voir aller à la boîte aux lettres ou aller de haut en bas dans l'immeuble. Je vous assure donc que je sais faire la distinction entre un visiteur et un habitant de l'immeuble, Il est clair que je ne voyais pas l'intérieur de l'appartement de Mme W. _____ mais je peux vous assurer qu'en aucun cas, une personne qui ne serait pas un habitant de l'immeuble se serait rendue tous les matins dans cet immeuble. Je ne suis pas en train de dire qu'il est impossible que l'aide-ménagère soit venue une ou deux fois, ou en dehors de mes heures de présence, mais tous les matins, en semaine, je suis formel, ce n'est pas le cas.

Pour vous répondre, lorsque j'indique que je n'ai constaté aucune gêne ou restriction de mouvements ou de déplacements de Mme W. _____, je ne peux absolument pas vous dire si cela peut

être expliqu[é] par des médicaments qu'elle aurait pris. Pour vous répondre, je vous assure qu'à aucun moment de mes observations, même lorsque je ne filmais pas, je n'ai constaté de mouvements de douleur, de boiterie ou d'autres signes de gêne. Si elle avait boité, je l'aurais noté, de même que si elle s'était touchée l'épaule. Si tel était le cas, je l'aurais noté dans mon rapport."

- une lettre adressée le 24 août 2009 par le conseil de la Caisse au juge d'instruction pénale de l'arrondissement de [...], faisant état de contradictions dans les déclarations de la recourante.

Par acte du 8 mars 2011, l'intéressée requiert notamment l'audition comme témoin du détective Q. _____ ainsi que la production par celui-ci de son dossier. Elle sollicite en outre un complément d'expertise auprès des experts K. _____, N. _____ et J. _____.

Dans sa détermination du 5 avril 2011, l'intimée déclare ne pas s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise pour autant que celle-ci soit confiée à d'autres experts. Elle indique également ne pas s'opposer à l'audition du détective Q. _____ en qualité de témoin ou à la production du dossier de ce dernier. Par ailleurs, la Caisse souligne l'existence de contradictions entre les déclarations de la recourante et de sa femme de ménage. Elle prend en outre position sur les rapports du Dr F. _____ du 26 février 2009 et des Drs G. _____ et M. _____ du 24 avril 2009.

A l'appui de sa détermination du 14 avril 2011, la recourante a produit copie d'un procès-verbal d'audition du 10 mars 2011 du gestionnaire en charge de son dossier au sein de la caisse intimée, un dénommé S. _____, dans le cadre d'une plainte pénale déposée par elle-même contre ce dernier pour infraction à la loi sur la protection des données.

L'intimée a produit les notes d'honoraires du détective Q. _____ le 20 juin 2011. Elle s'est déterminée sur les pièces produites par la recourante le 13 juillet 2011.

E. Par lettre du 12 juillet 2011, l'inspecteur de sinistres d'I. _____ a écrit à la juridiction cantonale notamment ce qui suit :

"Vous demandez à recevoir le dossier complet en possession du soussigné (service [...], en allemand Abteilung [...]).

Par la présente, je vous informe que je n'ai jamais eu de dossier ou de document concernant cette affaire. Les seuls documents en ma possession sont mon journal et le mandat d'investigations remis au détective que vous trouverez en annexe.

Si le soussigné s'est occupé quelques temps de cette affaire, c'est que M. S. _____, de la Caisse Z. _____, a contacté notre service [...] (attendu qu'il n'existe pas de tel service chez eux) pour nous présenter le dossier en question et demander de faire les démarches nécessaires.

Une fois les investigations terminées par le détective, le soussigné n'a plus rien entrepris ou eu de contact dans le cadre de cette affaire."

Etaient jointes à ce courrier les pièces mentionnées.

Les parties se sont déterminées sur ces pièces les 2 et 15 septembre 2011.

F. Une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès des Drs R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, X. _____, spécialiste en neurologie, et Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du Centre [...] (ci-après : le Centre A. _____) de [...]. Il résulte de leur rapport du 28 septembre 2012 notamment ce qui suit :

"SYNTHESE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale :

Madame W. _____ est une assurée d'origine chilienne de 65 ans, célibataire, mère de trois enfants indépendants. Elle est venue seule en Suisse en 2001, pour des raisons économiques. Sans formation professionnelle spécifique, elle s'était occupée au Chili d'enfants et avait travaillé dans une boulangerie. Elle avait ensuite ouvert un salon de pédicurie au Brésil. De retour au Chili, elle avait collaboré avec son ami dans une cafétéria et avait également créé sa propre cordonnerie.

En Suisse, elle a travaillé, à temps plein, au noir, comme femme de ménage chez plusieurs employeurs.

Madame W._____, sans antécédents médicaux et psychiques, chirurgicaux ou traumatiques, a été victime d'un accident de la circulation le 08.12.05 lors duquel elle a été renversée sur un passage à piétons.

Une fracture de l'humérus gauche, une fracture de la palette humérale droite et une fracture du bassin complexe ont été constatées. Aux trois niveaux, le traitement a été chirurgical. L'évolution a été longue et difficile. Il y avait en outre, des lésions neurologiques au niveau du membre supérieur à droite. Il y a eu semble-t-il aussi une neuropathie sévère des nerfs radial, médian et cubital droits.

Un long traitement de physiothérapie a été nécessaire ainsi qu'une hospitalisation à la Clinique D._____. Le cas a été pris en charge par la Caisse Z._____.

Après environ deux ans d'évolution, les prestations ont été suspendues sur la base d'une enquête réalisée par un détective privé, ceci malgré des expertises médicales concluant à une incapacité définitive comme femme de ménage.

Depuis, la situation ne s'est pas vraiment améliorée.

Récemment, une intervention chirurgicale a été réalisée au niveau du coude droit (reprise d'une neurolyse du nerf ulnaire).

Dans les suites immédiates et différées de l'évènement accidentel du 08.12.05, Madame W._____ s'est plainte de douleurs et d'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche, de douleurs et d'une limitation de la mobilité du coude droit et de troubles sensitivomoteurs distaux du membre supérieur droit tout particulièrement dans le territoire du nerf cubital. Elle s'est plainte également de douleurs lombaires et du bassin irradiant diffusément dans les deux membres inférieurs se compliquant d'un endormissement des pieds et d'un manque de force des membres inférieurs.

Madame W._____ n'a pas repris son activité professionnelle préalable et a déclaré ne pouvoir faire que partiellement l'entretien de son ménage (ménage léger) et ses courses.

Les éléments somatiques se sont compliqués de troubles psychologiques. Madame W._____ raconte que quelques jours après son accident, elle a éprouvé des reviviscences de son accident, aussi bien à l'état d'éveil que lors de son sommeil, hanté par des cauchemars relatifs à l'accident.

Elle a alors présenté des troubles anxieux.

Les flash-backs de l'accident ont persisté, puis sont devenus progressivement moins fréquents. Madame W._____ présentait aussi un état d'hyper vigilance, un sentiment d'insécurité et des comportements d'évitement.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été retenu et Madame W._____ a pu bénéficier d'une prise en charge psychologique, à l'hôpital d'abord, puis chez le Dr F._____[.]

La thymie a également été altérée et un syndrome dépressif persistant sévère, au début de l'évolution, puis fluctuant et en rémission partielle lors de l'expertise du Dr N._____, en avril 2008, a également été retenu.

Madame W._____ vit seule. Son ami, resté au Chili, l'a quittée pour une autre femme, après qu'elle ait eu son accident.

Une hospitalisation à l'hôpital de U._____ a été nécessaire du 19.01.2009 au 20.03.2009, en raison d'un trouble anxieux et dépressif avec idées suicidaires scénarisées, dans un contexte de solitude important depuis le départ de son petit-fils en été 2008 et d'une précarité socio-économique grandissante.

D'autre part, il semble que l'accumulation de préoccupations en lien avec le litige avec l'assurance LAA présent depuis septembre 2008 ait précipité cette décompensation psychique. Madame W._____ avait été très perturbée par le litige juridique avec filature de la part de l'assurance.

Parallèlement à la suspension des prestations de la part de son assurance, une plainte pénale a été déposée contre elle pour escroquerie, en mai 2009. La femme de ménage de Madame W._____ a également été incriminée.

Madame W._____ a été prise en charge par le Docteur O._____ généraliste, la Doctoresse T._____, orthopédiste et le Docteur F._____[,] psychiatre.

Globalement, Madame W._____ admet une certaine amélioration des troubles au niveau du membre supérieur droit notamment en ce qui concerne l'atteinte neurologique, mais la persistance des douleurs et des troubles sensitivomoteurs sans changement significatif au niveau des membres inférieurs.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan orthopédique, un peu plus de 5 ans après un accident ayant provoqué une fracture sous capitale de l'humérus gauche une fracture de la palette humérale droite et une fracture du bassin, nous constatons que des séquelles sont présentes aux trois niveaux.

Il y a des séquelles fonctionnelles : limitations de l'amplitude articulaire de l'épaule gauche, du coude droit.

Il y a une symptomatologie douloureuse imposant une prise d'antalgiques majeurs, principalement au niveau du bassin et du membre supérieur droit, moindre au niveau de l'épaule gauche.

Ces troubles ont une explication morphologique. Il n'y a pas de possibilité médicale de les améliorer de manière significative.

Sur le plan orthopédique, l'incapacité de travail comme femme de ménage est actuellement totale par rapport à la description du poste de travail figurant au dossier.

Au niveau de l'appareil locomoteur, il n'y a pas trace d'un état antérieur à l'accident.

Sur le plan neurologique, Madame W._____ se plaint de la persistance de douleurs et d'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche sans troubles sensitivomoteurs au niveau du membre supérieur gauche, de douleurs et d'une limitation de la mobilité du coude droit se compliquant d'un manque de force distal du membre supérieur droit et de troubles sensitifs intéressants tout particulièrement la face interne du coude droit avec des phénomènes dysesthésiques péri-cicatriciel et une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face interne de l'avant-bras et de la main. La patiente mentionne également une impossibilité de flexion du 5^{ème} doigt droit. Madame W._____ se plaint également de douleurs lombaires et du bassin irradiant diffusément dans les membres inférieurs.

En résumé, l'examen neurologique montre une nuque de bonne mobilité, dont la mobilisation ne provoque ni douleurs ni paresthésies. L'examen du rachis dorsolombaire est sans particularité hormis la provocation de quelques douleurs locales en flexion lombaire antérieure maximale. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées.

L'examen des paires crâniennes est entièrement normal.

Au niveau des membres supérieurs, on observe une zone d'allodynie à la face interne du coude droit, un status après neurolyse et transposition du nerf cubital droit au coude, une épitrochlée droit[e] également fortement sensible, une impossibilité de plier le 5^{ème} doigt droit mais sans griffe cubitale et quelques phénomènes de lâchages distaux au testing de la force musculaire sans déficit moteur certain. L'examen de la sensibilité révèle une zone de dysesthésie à la face interne du coude et une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face interne de l'avant-bras et de la main droite. La trophicité musculaire et les réflexes tendineux sont bien préservés et il n'y a tout particulièrement pas d'atteinte significative des nerfs médian et radial droits. L'examen du membre supérieur gauche est sans particularité sur le plan neurologique.

A l'examen des membres inférieurs, aucune anomalie neurologique n'est objectivable tant en direction d'une atteinte radiculaire que d'une atteinte médullaire ou polyneuropathique expliquant les plaintes formulées par la patiente à ce niveau.

L'examen clinique a été complété par un ENMG des membres supérieurs qui révèle une atteinte modérée à un caractère séquellaire du nerf cubital droit au coude caractérisé par un ralentissement de la vitesse de conduction motrice au passage de la gouttière épitrochléo-crânienne, un micro-voltage du potentiel moteur et l'absence du potentiel sensitif distal, ceci sans altération neurogène périphérique significative dans le premier interosseux dorsal compte tenu des conditions de collaboration (mouvements partiels pour un effort incomplet). Cet examen ne révèle pas non

plus d'atteinte significative des nerfs médian et radial droits avec une bonne préservation des potentiels sensitifs notamment par rapport au côté contre latéral et l'absence de signe d'atteinte neurogène périphérique dans les différents muscles examinés dépendant des nerfs précités.

En conclusion, le présent bilan neurologique met en évidence une atteinte modérée séquellaire du nerf cubital droit au coude sans autre anomalie significative du status notamment sans atteinte persistante / séquellaire des nerfs médian et radial droits, sans atteinte neurologique au niveau du membre supérieur gauche et sans anomalie à caractère tant radiculaire que médullaire ou polyneuropathique au niveau des membres inférieurs.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a aucune mesure thérapeutique à proposer.

Du point de vue de la capacité de travail, l'atteinte modérée, mais indubitable séquellaire du nerf cubital droit au coude peut être considérée comme représentant une limitation de l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur droit chez une droitère. Par contre, dans une activité légère, ne nécessitant pas une utilisation de force et répétitive du membre supérieur droit ainsi qu'une dextérité manuelle particulièrement importante, la capacité de travail de Madame W._____ est complète.

Pour ce qui est de l'activité de femme de ménage, on doit admettre que les troubles neurologiques constatés venant s'ajouter aux séquelles orthopédiques représentent une cause d'incapacité de travail complète et définitive dans l'activité de femme de ménage.

Sur le plan psychique, Madame W._____ se plaint des conséquences que son accident a engendrées aussi bien sur le plan de sa santé que de sa vie socioprofessionnelle et économique.

Elle évoque des symptômes résiduels de son état de stress post-traumatique tels que des troubles du sommeil avec cauchemars, des flash-backs, des difficultés à traverser la rue même sur un passage piéton et un évitement du lieu de son accident.

Elle rapporte par ailleurs une inquiétude du futur et une symptomatologie dépressive.

Cette symptomatologie dépressive qui avait progressivement diminué après l'accident, a été majorée, de mai 2008 à début 2009 par la filature, l'arrêt du versement de ses indemnités, les procédures assécurologiques et juridiques et surtout par les accusations aussi bien à son encontre qu'à l'encontre de sa femme de ménage.

Elle trouve cette situation injustifiée.

Elle se plaint d'une humeur triste variable, d'une fatigabilité psychique, d'une perte d'envie et d'intérêt, d'une diminution de son activité et de troubles de la concentration. Elle se sent ralentie, diminuée et coupable. Elle reconnaît une diminution de son appétit, de sa libido et un cortège de symptômes neuro-végétatifs.

Madame W._____ peut se présenter aussi bien authentiquement triste et inquiète, voire exaspérée, que souriante et agréable.

Au cours des deux entretiens, après une demi-heure d'entretien, elle a pris un comprimé de Temesta Expidet et a affiché, presque immédiatement, une attitude beaucoup plus détendue.

Si l'efficacité de ce médicament est reconnue pour être rapide, on est quand même surpris de ce changement si radical.

On ne met, néanmoins, pas en doute sa douleur psychique.

On relève toutefois que l'intensité de la symptomatologie présentée par l'expertisée est fluctuante et modérée.

Les observations de l'expert relatives aux troubles dépressifs et anxieux évoquent une pathologie moins intense que celle décrite par l'expertisée ou relatée par son psychiatre traitant, le Dr F._____.

On ne retient pas aujourd'hui de symptomatologie dépressive sévère, ni de troubles anxieux de type crise de panique que le Dr F._____ a préalablement constatés.

Madame W._____ présente actuellement des symptômes anxieux et dépressifs, dont l'intensité des uns et des autres n'est pas suffisante pour justifier de diagnostics séparés.

Par ailleurs, ces symptômes anxieux et dépressifs s'accompagnent, au moins par intermittence, de plusieurs symptômes neuro-végétatifs.

Le délai entre l'accident et cette symptomatologie est trop long aujourd'hui pour que l'on retienne un trouble de l'adaptation, comme l'avait fait le Dr F._____, son psychiatre traitant, dans son rapport médical du 06.02.2009.

Nous posons donc aujourd'hui le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte F41.2.

Six ans et demi après l'accident, force est de constater qu'une symptomatologie résiduelle spécifique à l'état de stress post-traumatique persiste, sans pour autant que l'on en retienne un diagnostic spécifique.

Le Dr N._____, dans son expertise du 07.04.2008, avait quant à lui, affirmé que l'état de stress post-traumatique avait une capacité évolutive jusqu'à cinq ans après un tel accident, soit en décembre 2010.

Il spécifiait par ailleurs que l'évolution naturelle de l'état de stress post-traumatique se faisait, le plus souvent, vers une rémission plus ou moins rapide des symptômes. Il avait également précisé que, dans certains cas, la pathologie pouvait persister pendant des années, voire définitivement[.]

En ce qui concerne sa pathologie algique, il est fort probable que les composantes anxieuses et dépressives de son état psychique aient pu, et puissent encore, renforcer la perception douloureuse de son trouble douloureux.

Nous ne retiendrons néanmoins pas de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Si Madame W._____ peut se montrer, par moments, démonstrative, il convient d'attribuer cette attitude à ses origines, à un sentiment d'être submergée par des éléments extérieurs qu'elle ne peut maîtriser, tels que la procédure pénale et la filature à laquelle elle a été soumise et à l'impression de ne pas être comprise qui la pousse à être parfois insistante.

Il est difficile, [a] posteriori, de se prononcer sur la capacité de travail qu'elle a présentée depuis avril 2008, date de sa première expertise psychiatrique, où cette capacité, en tant que femme de ménage, avait été estimée à 50%.

Cette incapacité de travail était alors générale et non limitée à des activités spécifiques.

Le Dr F._____ avait estimé une incapacité de travail à 100% jusqu'en avril 2008, puis une incapacité fluctuante, entre 50% et 100%.

Au vu de ses propos et de l'anamnèse de l'expertisée, il semble en effet correct de souscrire à ces variations de capacités de travail, reflet de son état psychique fluctuant.

Nous ne pouvons par contre pas les dater.

L'incapacité de travail de Madame W._____ a été totale lors de son hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de U._____, en janvier 2009 et il est vraisemblable qu'elle a duré pendant plusieurs semaines à l'issue de celle-ci, fin mars 2009.

Si l'on ne peut estimer, de façon précise, les modulations de l'incapacité de travail que Madame W._____ a présentées, on peut par contre attester que ses difficultés psychiques ont contribué à ce qu'elle ne recherche pas d'activité professionnelle adaptée à sa problématique physique.

Actuellement la capacité de travail de l'expertisée est grevée par une diminution de rendement de 10%, vu sa fatigabilité psychique, son ralentissement et sa difficulté à se concentrer qui peut l'amener à être moins efficace.

Il faut toutefois relever que la fatigabilité de l'expertisée ne relève pas que d'une problématique psychique mais peut aussi être consécutive aux traitements antalgiques importants qui lui sont prescrits actuellement et à ses douleurs.

Du point de vue psychique, la capacité de travail de Madame W._____ ne varie pas selon ses activités, pour autant que celles-ci soient adaptées à ses handicaps physiques.

Il importe, toutefois, de préciser qu'au vu de ses troubles de la concentration, qu'ils soient en lien avec son traitement, ses douleurs ou une problématique psychique, un travail avec des enfants en bas âge, plus turbulents, ne serait pas adéquat.

Madame W. _____ pourrait gérer un ou deux enfants, dès l'âge de 5 ans, lorsque ceux-ci sont plus autonomes et plus calmes. Il conviendrait aussi qu'ils soient de langue hispanophone.

Toutefois la fluctuation de son état psychique, son incapacité à sortir parfois de chez elle et sa tendance à s'y cloîtrer lorsqu'elle ne se sent pas bien compromet une activité avec des enfants, laquelle présuppose une grande responsabilisation.

L'évolution anxieuse et dépressive de Madame W. _____ est difficilement prévisible, elle est réservée, l'issue des procédures pénales que Madame W. _____ vit comme très injustes, la conditionne, en effet.

Les symptômes résiduels de l'état de stress post-traumatique peuvent devenir définitifs, sans pour autant jouer un rôle important sur l'évolution de sa capacité de travail qui dépendra surtout des variations dépressives et anxieuses, lesquelles ne sont aujourd'hui pas très importantes.

Comme éléments positifs, on relève que Madame W. _____ a, d'une part, fait preuve de ressources psychiques importantes, lesquelles lui ont permis de s'adapter à des conditions de vie difficiles jusqu'au jour de son accident.

Si elle se plaint de l'éloignement de sa famille et de ses enfants, on constate, d'autre part, contrairement à ce que son psychiatre prétend, qu'elle n'est pas isolée socialement, qu'elle peut se rendre dans son cercle d'amis, deux fois par semaine, et qu'elle a, au minimum, un contact social quotidien.

Madame W. _____ ne peut, par contre, que difficilement se projeter dans l'avenir, conditionné entre autres par sa problématique juridique.

Elle semble néanmoins motivée à l'idée de trouver un travail avec des enfants, tout en craignant de prendre une telle responsabilité.

Il est impératif qu'elle poursuive son traitement médicamenteux et psychothérapeutique qu'elle semble apprécier afin de pouvoir non seulement trouver un soutien, mais améliorer sa confiance en elle et son estime d'elle-même.

REPONSES AUX QUESTIONS D'EXPERTISE MEDICALE DEPOSE[ES] PAR LA RECORANTE

1. Quelle est aujourd'hui sur le plan somatique l'incapacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de femme de ménage, indépendamment de la cause de ces limitations ?

Incapacité totale.

2. Quelles sont exactement les limitations dont souffre aujourd'hui la recourante sur le plan professionnel dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée ?

En d'autres termes, quels gestes ou positions sont aujourd'hui impossibles, difficiles ou entravés d'une façon telle qu'ils ne pourraient être exigés de la recourante de façon répétitive et soutenue ?

Sur le plan orthopédique, en raison d'une consolidation non anatomique de la fracture de l'humérus gauche, il y a actuellement une limitation fonctionnelle de cette épaule, équivalente à la moitié de l'amplitude articulaire habituelle. Cette situation empêche les activités avec le membre supérieur placé en dessus du plan horizontal de l'épaule, surtout si elles sont répétitives.

En ce qui concerne la fracture du bassin, les séquelles présentes au niveau de la sacro-iliaque droite représente[nt] un facteur limitant pour les marches de longue durée, les stations debout de longue durée, ainsi que la montée répétitive d'escaliers ou d'échelles.

En ce qui concerne le membre supérieur droit, les limitations sont moins importantes en termes de mobilité, en raison d'une reconstitution anatomique de l'articulation.

Sur le plan neurologique, l'atteinte séquellaire modérée du nerf cubital droit au coude avec apparemment une composante dysesthésique est importante. Elle entraîne des difficultés dans toutes les activités de force et répétitive du membre supérieur droit ainsi accessoirement dans une activité nécessitant une dextérité manuelle importante de la main droite chez une droitnière.

3. Peut-on admettre, selon un degré de vraisemblance supérieur à 50 %, qu'une telle incapacité n'existerait pas si la recourante n'avait pas été victime de l'accident du 8 décembre 2005 ?

Oui

4. Quelle est aujourd'hui sur le plan psychiatrique l'incapacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de femme de ménage, indépendamment de la cause de ces limitations ?

La capacité de travail est complète avec une diminution de rendement de 10% en raison de la fatigabilité psychique et de la difficulté à se concentrer qui peuvent diminuer l'efficacité. Ces troubles ne relèvent par contre pas exclusivement de la problématique psychique, mais peuvent être induits par les douleurs d'une part et la médication antalgiques sédatives d'autre part. Il n'est pas possible de différencier les origines.

5. Cette incapacité serait-elle moindre dans une autre profession ? Si oui, dans quelle mesure et dans quelle activité ?

Sur le plan somatique[...], oui, dans une activité légère respectant les limitations décrites sous chiffre 2. L'activité adaptée est possible à plein temps avec une diminution de rendement de 20%.

Sur le plan psychique, la diminution de rendement est de 10%, celle-ci est comprise dans les 20% pour cause somatique.

6. Peut-on admettre, selon un degré de vraisemblance supérieur à 50 %, que cette incapacité psychiatrique n'existerait pas si la recourante n'avait pas été victime de l'accident du 8 décembre 2005 ?

Oui.

7. Sur la base du dossier à votre disposition et de l'anamnèse, quelle a été selon vous l'évolution de l'incapacité de travail de la recourante depuis le mois d'octobre 2008 sur le plan somatique ?

L'incapacité de travail ne s'est pas modifiée depuis octobre 2008.

8. Sur la base du dossier à votre disposition et de l'anamnèse, quelle a été selon vous l'évolution l'incapacité de travail de la recourante depuis le mois d'octobre 2008 sur le plan psychiatrique ?

Il est difficile, [a] posteriori, de se prononcer sur l'incapacité de travail que Madame W. _____ a présenté depuis octobre 2008.

En avril 2008, l'expert psychiatrique avait évoqué une incapacité durable de la capacité de travail de l'expertisée, en tant que femme de ménage, à 50% et préconisé que le caractère éventuellement définitif soit évalué dans le délai de cinq ans après l'accident.

Cette incapacité de travail était alors générale et non limitée à des activités spécifiques.

Le Dr F. _____ avait, quant à lui, estimé une incapacité de travail à 100%, jusqu'en avril 2008, puis une incapacité fluctuante entre 50% et 100%.

Au vu de ses propos et de l'anamnèse de l'expertisée, il semble en effet correct de souscrire à ces variations d'incapacité de travail, reflet de son état psychique fluctuant.

L'incapacité de travail de l'expertisée a même été totale lors de l'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de U. _____, en janvier 2009, et il est fort probable qu'elle soit restée totale au cours des semaines qui ont suivi sa sortie, le 20.03.2009.

Il est, par contre, impossible de préciser l'évolution de l'incapacité de travail entre la sortie de l'hôpital psychiatrique et celle que Madame W. _____ présente à ce jour.

On peut, toutefois, considérer que l'incapacité de travail a progressivement diminué pour atteindre 10% aujourd'hui, en raison d'une diminution de rendement.

9. Compte tenu de l'anamnèse psychiatrique de la recourante et de vos constatations, peut-on admettre qu'elle souffre ou a souffert de troubles susceptibles de l'amener à surévaluer la gravité de son état physique ou à présenter une sensibilité particulière à la douleur notamment en 2007 et en 2008 ?

Madame W. _____ a parfois une attitude démonstrative. Elle ne surévalue[,] toutefois, pas la gravité de son état physique. On ne retient pas de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Par contre, les composantes anxieuses et dépressives majorent la perception douloureuse de son trouble douloureux, ce qui est un phénomène psychophysiologique banal et fréquent.

10. Toujours sur le plan psychiatrique, l'anamnèse et vos constatations vous permettent-elles d'expliquer une éventuelle divergence entre les plaintes exprimées notamment auprès des trois experts mandatés au début de l'année 2008 par l'assureur LAA et les vidéos tournées quelques mois plus tard par le détective ?

Non.

11. Tant sur le plan somatique que psychiatrique, l'état de santé de la recourante peut-il impliquer une fluctuation des douleurs de la recourante et de sa capacité de travail, que ce soit à l'heure actuelle ou en 2008 ?

L'état de santé ne va pas évoluer, mais les composantes anxieuses et dépressives peuvent par moment majorer la perception douloureuse du trouble douloureux.

12. Par ailleurs, aussi bien à l'heure actuelle qu'en 2008, les médicaments prescrits à la recourante sont-ils en mesure d'améliorer de façon passagère sa capacité de travail, respectivement de réduire les limitations physiques qui sont en principe les siennes depuis l'accident ?

Les médicaments antalgiques majeurs (opioïdes) améliorent la symptomatologie douloureuse, ce qui peut permettre des gestes ponctuels qui seraient probablement impossibles en cas de crise douloureuse majeure. Ils peuvent par contre majorer la fatigue de l'expertisée et les troubles de la concentration qu'elle présente.

Les antidépresseurs et les anxiolytiques peuvent diminuer les ruminations anxieuses à contenu dépréciatif, les variations de l'humeur, les troubles de la concentration et la fatigabilité psychique, ce qui peut améliorer la capacité de travail.

REPONSES AUX QUESTIONS DE LA Caisse Z. _____

1. Généralités

[...]

1.4. Si une atteinte physique à la santé peut être attestée, en quoi consiste-t-elle et comment peut-on l'expliquer ?

Sur le plan neurologique, il y a une atteinte séquellaire modérée du nerf cubital droit au coude avec apparemment une composante dysesthésique est importante [sic].

Sur le plan orthopédique, il existe une atteinte physique à la santé sous la forme d'une déformation de l'épaule gauche. Cette déformation est représentée par une consolidation dans une position anatomique imparfaite de la fracture, ce qui explique parfaitement les limitations fonctionnelles.

Au niveau du bassin, l'articulation sacro-iliaque est douloureuse. Ceci est également expliqué par une altération physique de l'anatomie de cette articulation.

Au niveau du membre supérieur droit, l'atteinte articulaire consécutive à la fracture est moindre, et la fonction actuelle est correcte sur le plan de l'amplitude articulaire, bien que diminuée.

1.5. Existe-t-il des tendances objectives, conscientes ou inconscientes, à aggraver ou à simuler des troubles ? Si oui lesquelles ?

Non

1.6. Quel est votre diagnostic ?

- Ancienne fracture sous capitale de l'humérus à gauche, de type initial non déterminé.
- Cal vicieux de l'humérus gauche.
- Ancienne fracture complexe du bassin[.]
- Incongruence de l'articulation sacro-iliaque droite faisant suite à cette fracture[.]
- Ancienne fracture de la palette humérale à droite[.]
- Réduction fonctionnelle modérée de l'articulation du coude droit faisant suite à cette fracture.
- Atteinte séquellaire modérée du nerf cubital droit au coude[.]
- Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2.

2. Influence de l'évolution psychique

2.1. Les troubles peuvent-ils, avec une vraisemblance prépondérante, être attribués à une cause physique objectivable, à un dysfonctionnement physique démontrable ou à un autre trouble physique démontrable ?

Si oui, lesquels ?

L'état de stress post-traumatique est en relation de causalité avec l'accident du 08.12.2005, de même que le trouble dépressif, lequel est fortement dépendant de l'état de stress post-traumatique, d'une part, et des séquelles physiques de l'accident, d'autre part.

L'évolution du trouble dépressif s'est par la suite inscrit[e] dans les suites des atteintes séquellaires somatiques.

2.1.2. Y a-t-il eu avec une vraisemblance prépondérante, une réaction psychique inhabituelle à la suite de l'accident du 8.12.2005 ?

Non.

2.2. En cas de réaction psychique inhabituelle, à partir de quand s'est-elle manifestée (immédiatement après l'accident ou après un

certain temps de latence) ? Comment expliquez-vous cette évolution ?

L'état de stress post-traumatique est apparu quelques jours après l'accident, ce qui est tout à fait habituel dans une telle pathologie.

2.3 L'affection psychique occupe-t-elle une place prépondérante par rapport aux autres troubles ?

Non.

[...]

3. Causalité naturelle

3.1. L'état somatique est-il une conséquence naturelle du sinistre du 8.12.2005 de façon certaine, vraisemblable ou seulement possible ? Veuillez s.v.p. préciser la réponse pour les différentes lésions éventuelles que vous aurez retenues.

La relation de causalité est certaine. L'ensemble de lésions traumatiques [est] parfaitement compatibl[e] avec l'accident tel qu'il est décrit. L'évolution post[-]traumatique est largement documentée dans le dossier radiologique obtenu.

3.2. Facteurs étrangers à l'accident :

3.2.1. Quel était l'état de santé de la personne assurée au moment de l'accident (état préexistant) ?

Il n'y a aucun état antérieur.

[...]

4. Incapacité de travail

4.1. Activité habituelle :

4.1.1. A quel degré évaluez-vous l'incapacité de travail actuelle, causée par l'accident, de la personne assurée dans son activité habituelle de femme de ménage ?

Incapacité complète.

4.1.2. Dans quelles activités et dans quelle mesure la personne assurée subit-elle une limitation éventuelle consécutive à l'accident ?

Il s'agit de l'utilisation du membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'horizontale (séquelle fracture sous capitale humérus).

A droite un poids dépassant 500 g ne peut pas être manipulé de manière répétitive (fracture coude droit).

Il y a en outre une limitation de la durée de marche et de station debout (fracture bassin)[.]

Ralentissement dû à la fatigabilité et aux troubles de la concentration.

4.1.3. A quel degré et pour quelle durée évaluez-vous globalement l'incapacité de travail, causée par l'accident, de la personne assurée dans son activité habituelle de femme de ménage ?

L'incapacité est totale depuis l'accident à titre définitif.

4.2 Activité de remplacement :

Une activité de remplacement est envisageable à plein temps avec un rendement de 80%. Les limitations rencontrées par la patiente dans cette activité sont :

1. Des mouvements répétitifs et de force du membre supérieur droit.
2. Une dextérité particulièrement importante de la main droite chez une droitnière. On peut également considérer un rôle de la médication antalgique lourde sous forme d'une fatigue et de difficultés de concentration, sans qu'on puisse admettre que du point de vue strictement neurologique, cela représente une cause d'incapacité de travail. Il conviendrait néanmoins, dans l'appréciation d'une activité de remplacement, de considérer également une activité simple répétitive ne nécessitant pas à un apprentissage important, une concentration régulière afin d'exécuter correctement cette activité.
3. La fatigabilité est les problèmes de concentration.

4.2.1. Un changement d'activité permettrait-il d'améliorer la capacité de travail ?

- a) activité debout,*
- b) activité assise*
- c) activité combinée*

Une activité combinée.

4.2.2. Si oui, quelles seraient les activités particulièrement adaptées et exigibles qui permettraient de réduire l'incapacité de travail ?

Une activité adaptée exigible serait une activité avec des déplacements à pied de courte et de moyenne durée, avec possibilité de pauses en position assise. Il ne doit pas y avoir de sollicitation répétitive en force, des membres supérieurs, ni d'exigence de travail les bras en l'air. Compte tenu de la nécessité de prise d'antalgiques majeurs, cette activité ne pourrait pas être exercée à plus de 80 %. Il ne doit pas s'agir d'une activité demandant trop d'efforts de concentration.

4.2.3. Dans quel délai la personne assurée pourrait-elle exercer une telle activité ?

Immédiatement.

4.3. Si la personne assurée est âgée d'environ 60 ans, quels auraient été les effets des mêmes suites accidentelles sur la capacité de travail d'une personne d'âge moyen (42 ans), dans son activité habituelle (en étant valide) et dans une activité de remplacement (en étant invalide) ?

Les conséquences et les séquelles de l'accident auraient eu les mêmes effets.

5. Trouble de la santé / facteurs psychologiques et de culture sociale

5.1. Les troubles peuvent-ils, avec une vraisemblance prépondérante, être attribués à une cause physique objectivable, à un dysfonctionnement physique démontrable ou à un autre trouble physique démontrable ?

Oui, à une cause physique objectivable.

*5.2. Les troubles actuels éventuels sont-ils influencés par des facteurs de nature psychologique ou ayant leur source dans la culture sociale de la personne assurée ?
Si oui, lesquels ?*

Non.

Il peut tout au plus être admis que la perception douloureuse peut fluctuer en fonction des troubles psychiques associés, mais ces derniers sont aussi en relation de causalité avec l'accident.

5.3. Y a-t-il un état psychique adjoint important influençant la guérison ? Si oui ; lequel ? Quelles en sont les répercussions ? Pour quelle durée ?

Le trouble anxieux et dépressif mixte n'influence pas la guérison somatique. Ce trouble n'est pas considéré comme important.

5.4. Y a-t-il des effets secondaires chroniques de troubles de la santé étrangers à l'accident du 8.12.2005 (soit maladie ou séquelles d'un accident préexistant)

Si oui, lesquels ?

À partir de quand ?

Evolution prévisible de ces effets secondaires

Non.

*5.5. Comment jugez-vous l'évolution et le résultat du traitement ?
Nous vous prions d'expliquer votre réponse.*

Il s'agit de fractures graves dont l'évolution a amené des séquelles fonctionnelles et douloureuses.

L'évolution des atteintes neurologiques est objectivement favorable.

Le traitement psychiatrique a engendré une amélioration de la symptomatologie psychique de l'expertisée.

Seuls les symptômes résiduels de l'état de stress post-traumatique persistent.

Après une péjoration de l'état dépressif, fin 2008, début 2009, on constate une diminution de l'intensité des symptômes aussi bien dépressifs qu'anxieux nous permettant de retenir, aujourd'hui, un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte.

5.6 Nous vous prions de décrire le comportement de la personne assurée dans le cadre social (soit ; famille, hobby, sport etc.)

Cf. ci-dessus données subjectives.

5.6. Est-ce que la personne assurée aurait la possibilité de surmonter volontairement ses troubles de la santé et d'atteindre ainsi une capacité au travail supérieure voire entière ?

Si oui, pourquoi ?

Sinon, pourquoi pas ?

Non, il ne s'agit pas d'un problème de volonté.

6. Frais de guérison

6.1. Est-ce qu'un traitement médical suite à l'accident du 8.12.2005 est encore nécessaire, approprié et adéquat en vue d'obtenir une amélioration notable de l'état de santé ?

Il ne peut pas y avoir d'amélioration notable, mais les traitements médicamenteux et le suivi psychiatrique doivent continuer pour assurer une stabilité.

6.1.1. Si oui, quelles mesures sont-elles nécessaires et avec quelle intensité ?

Cf. 6.1

6.1.2. Nous vous prions de présenter cas échéant un plan de traitement.

6.2 S'il ne subsiste plus d'incapacité de travail résiduelle totale ou partielle, est-ce que d'autres traitements médicaux sont nécessaires afin d'empêcher une notable détérioration de l'état de santé dû à l'accident du 8.12.2005 ?

Sans objet.

6.2.1. Le cas échéant, quelles mesures sont nécessaires et avec quelle intensité (plan de traitement) ?

Sans objet.

7. Indemnité pour atteinte à l'intégrité (si l'état est définitivement stabilisé)

7.1. Les seules lésions dues à l'accident du 8.12.2005 ont-elles provoqué une atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou mentale de la personne assurée ?

Oui

7.2. Si oui, en quoi consiste-t-elle et à quel degré évaluez-vous l'atteinte à l'intégrité due uniquement à l'accident du 8.12.2005 selon l'annexe 3 de l'OLAA et le tableau SUVA N°?

- | | |
|---|------|
| - Epaule Gauche | 10 % |
| - Sacro-Iliaque Droite | 10 % |
| - Membre Supérieur Droit | 5 % |
| - Atteinte partielle du nerf cubital droit au coude | 10% |
| - Troubles psychiques légers | 10% |

Total : 45%.

7.3. Une aggravation prévisible et aussi une influence éventuelle de facteurs étrangers à l'accident du 8.12.2005 doivent-ils pris en compte et, si oui, dans quel pourcentage ?

Sur le plan orthopédique, une aggravation ultérieure est possible, mais elle n'est actuellement pas prévisible.

Sur le plan neurologique, il n'y a pas de facteur étranger à l'accident jouant un rôle dans l'atteinte ni d'aggravation prévisible à envisager.

Sur le plan psychique, on ne peut exclure une aggravation ultérieure, bien que la probabilité soit faible.

8. Rapport et DVD du détective mandaté par la Caisse Z. _____
Pouvez-vous commenter la manière dont la vidéo et le rapport du détective privé sont intégrés dans les conclusions de l'expertise ?

Faisant partie du dossier, la vidéo a été visionnée en totalité. Ces constatations datent de 2008 et sont donc vieilles de trois ans. Elles nous montrent que Madame W. _____ marche de manière harmonieuse. Elles nous montrent également qu'elle a la possibilité d'accélérer le pas sur une courte distance.

Au niveau des membres supérieurs, il y a une abduction possible de 90° à gauche, ainsi qu'une extension presque complète du coude droit.

Ces observations sont parfaitement compatibles d'une part avec les déclarations de Madame W. _____ et d'autre part avec les données du status.

L'incapacité de travail sur le plan médical est déterminée par la perte d'aptitude pour raison de santé à exercer une profession.

La notion d'aptitude nous indique que la détermination doit être faite dans la durée, que l'on doit tenir compte dans cette appréciation des risques éventuels présents pour la santé de l'intéressée en raison des troubles ainsi que des risques qui pourraient être occasionnés à d'autres personnes.

Au vu des données de l'examen physique sur le plan orthopédique, il ne serait actuellement pas correct de conseiller par exemple à un

employeur d'utiliser les services de Madame W. _____ à plein temps comme femme de ménage.

Elle pourrait éventuellement faire une partie légère du travail, mais il y aurait des risques importants d'incapacité complète, ceci dans des délais rapides si les articulations atteintes lors de l'accident étaient sollicitées de manière trop importante.

Elle n'est donc pas apte à cette profession en raison des séquelles observées.

L'observation par les détectives privés ne nous a pas montré Madame W. _____ en condition d'exercice de sa profession dans la durée.

Le Docteur V. _____ a défini qu'il existait une capacité de travail dans le cadre des activités observées. Nous ne comprenons pas très bien à quel type d'activité professionnelle cette remarque se réfère.

*9. Divergence éventuelle avec les évaluations figurant au dossier
Pouvez-vous commenter en détails les motifs qui le cas échéant vous ont amené à vous écarter des conclusions des premiers experts ?*

Sur le plan somatique, nous n'avons pas de divergence importante avec les conclusions du premier expert.

Une incapacité totale est retenue dans la profession prise dans sa totalité.

Le Dr K. _____ retient une capacité de 25% dans l'activité de ménagère.

Nous décrivons une profession adaptée avec d'importantes restrictions dans laquelle la capacité est au maximum de 80%.

La question d'une activité adaptée n'a pas été posée de manière claire au Dr K. _____.

En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité les différences sont minimales.

Sur le plan psychique, l'évolution de la situation de Madame W. _____ et de son état psychique nous amène aujourd'hui à prendre d'autres positions que le premier expert-psychiatre, sans pour autant que nous nous écartions des conclusions qu'il avait alors tirées.

Cf. discussion.

Le Dr N. _____, dans son expertise psychiatrique du 07.04.2008, retenait les diagnostics de

- Etat de stress post-traumatique : F43.1
- Episode dépressif, actuellement moyen : F32.10

Il relevait une amélioration relative de l'état de stress post-traumatique depuis le début des troubles. L'état psychique lui paraissait encore évolutif.

Il affirmait que l'évolution naturelle de l'état de stress post-traumatique se faisait, le plus souvent, vers une rémission plus ou moins rapide des symptômes mais que, dans certains cas, la pathologie pouvait persister durant des années, voire définitivement.

Il préconisait de faire une évaluation définitive des troubles psychiques résiduels, dans un délai de 5 ans après l'accident, soit pas avant décembre 2010.

Six ans et demi se sont écoulés, depuis l'accident. Force est de constater qu'il persiste aujourd'hui une symptomatologie résiduelle spécifique et que celle-ci est en diminution progressive.

Madame W._____ rapporte, en effet, des flash-backs, des cauchemars, des sensations de frisson, une crainte lors du passage d'une ambulance, des difficultés à traverser sur les passages piéton et un évitement du lieu de l'accident.

Cette symptomatologie n'est, toutefois, plus suffisamment importante pour signer un diagnostic d'état de stress post-traumatique : F431.

Par ailleurs, l'état dépressif a également évolué avec une amélioration d'abord, puis une péjoration suite à la filature, à la découverte des photographies et à la procédure pénale.

Elle est actuellement variable et fluctuante.

Madame W._____ présente donc aujourd'hui des symptômes anxieux et dépressifs, dont l'intensité des uns et des autres n'est pas suffisante pour justifier les diagnostics séparés.

Par ailleurs, les symptômes anxieux et dépressifs s'accompagnent, au moins par intermittence, de plusieurs symptômes neuro-végétatifs.

Le délai entre l'accident et cette symptomatologie est trop long aujourd'hui pour que l'on retienne un trouble de l'adaptation, comme l'avait fait le Dr F._____, son psychiatre traitant, dans son rapport médical du 26.02.2009.

Nous posons donc, quant à nous, actuellement le diagnostic de

- Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2.

L'évaluation de la capacité de travail de 50%, pour des raisons psychiques, reconnue par le Dr N._____, en 2008, nous semble avoir été alors parfaitement justifiée.

Actuellement, vu l'amélioration symptomatique, on peut estimer la capacité de travail de l'expertisée à 80%.

Nous nous écartons par contre de la position du psychiatre traitant, qui voit encore aujourd'hui, l'état dépressif de sa patiente dans l'évolution de l'état de stress post-traumatique et qui l'estime chronicisé, bien installé, de gravité moyenne à sévère.

Celui-ci ne retient pas d'expressivité exagérée de la symptomatologie ni d'attitude démonstrative.

Il insiste sur les crises de panique que Madame W._____ a présentées, encore en 2010 et 2011, mais sur lesquelles elle n'est pas revenue avec l'expert malgré ses questions dirigées.

Il estime que le litige juridique ne constitue qu'un facteur déclenchant partiel d'une éventuelle aggravation et retient aussi ses problèmes physiques et sa mauvaise intégration.

Il relève par contre l'aspect délétère des facteurs de stress et des sollicitations auxquels Madame W._____ est soumise ainsi que les incertitudes concernant sa situation."

Les parties se sont déterminées sur cette expertise.

Prenant position le 12 novembre 2012, la recourante relève en particulier avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45% ainsi qu'à une rente, faisant valoir que pour le cas où la juridiction cantonale entendrait renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle fixe le taux de la rente, il lui appartiendrait au préalable de lui donner des instructions précises concernant ce calcul.

Dans sa détermination du 13 décembre 2012, l'intimée, désormais représentée par un nouveau mandataire, sollicite un complément d'expertise tout en se réservant la faculté de requérir une nouvelle expertise. En substance, elle demande que les experts confirment que l'incapacité de travail, sur le plan somatique, était déjà la même antérieurement à octobre 2008, en particulier depuis le 1^{er} juillet 2007. Elle prétend que les constatations des experts, qu'elle qualifie de très brèves en relation avec le rapport d'observation et le DVD du détective Q._____, ne sont pas soutenables et ne sont pas étayées de manière sérieuse. Après avoir évoqué dix constatations résultant du DVD et du rapport d'observation du détective privé, elle fait valoir que les conclusions qui s'imposent eu égard à ces indications et à ces images ne sont pas compatibles avec les déclarations de la recourante faites à divers

intervenants et à différents stades de la procédure, l'intéressée se plaignant de douleurs dans les membres supérieurs et indiquant par exemple ne pas pouvoir lever les bras ou avoir de la difficulté à traverser la rue même sur un passage piéton. S'agissant de la capacité de travail, elle affirme que l'on ne voit pourquoi « *il n'y aurait pas de capacité de travail dans une activité de femme de ménage, étant donné qu'une femme de ménage a beaucoup de travaux légers à faire* ». Elle estime que ces points n'ont tout simplement pas été traités par les experts judiciaires. Enfin, l'intimée critique l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité telle qu'effectuée par lesdits experts.

A cette écriture était annexé un rapport établi le 12 novembre 2012 par le Dr V._____, dont il résulte ce qui suit :

"A la suite de notre discussion du 10.10. vous m'avez soumis le dossier médical de cette patiente. Il s'agit essentiellement d'une prise de position concernant l'expertise de Centre A._____ du 28.09.2012.

Pour ne pas compliquer les choses j'aimerais tout d'abord répondre à vos questions

1. Est-ce que l'expertise est pertinente en rapport avec le cas qui nous occupe?

Réponse : non (cf. 6).

2. Est-ce que l'expertise se base sur tous les examens médicaux ?

Réponse : oui.

3. Est-ce que les plaintes de la personne assurée ont été prises en considération lors de l'expertise ?

Réponse : oui.

4. Est-ce que l'expertise a tenu compte des documents du dossier envoyé (anamnèse) ?

Réponse : oui.

5. Est-ce que les exposés des experts sont explicables selon la situation médicale ?

Réponse : Il s'agit de séquelles d'accident plutôt légères au niveau de l'épaule gauche, du coude droit et de la sacro[-]iliaque droite, ainsi que de troubles psychiques légers.

6. Est-ce que les conclusions des experts sont justifiées et concevables ?

Réponse : partiellement oui.

- l'expertise conclut à une capacité de travail de 0% comme femme de ménage et une capacité de 80% dans une activité adaptée. C'est une discrédance évidente, si l'on considère qu'une femme de ménage a beaucoup de travaux plutôt légers à faire. Il faut également distinguer les différents types de nettoyage (dans ce cas « entretien »).
- Exemple : Après la fracture de l'humérus gauche l'expert constate une mobilité de l'épaule presque libre et des circonférences au bras symétriques (absence d'atrophie musculaire) de sorte, qu'il est difficile de dire, en quoi consisterait la contribution de l'épaule gauche à une incapacité de travail tellement élevée.

Dans son ensemble l'expertise récente confirme une fois de plus le résultat de l'observation de la patiente en 2008, c'est-à-dire qu'elle pourrait très bien exercer une activité adaptée (à 100%) avec un rendement légèrement diminué (20%).

Par contre je ne vois pas, comment on pourrait justifier une incapacité totale et prolongée. L'état de santé de la patiente se présente d'ailleurs assez stable depuis 2008 (cf. rapport d'observation).

7. Est-ce que l'estimation de l'IPAI est explicable selon la situation médicale ?

Réponse : non.

D'après l'expertise et selon un point de vue purement arithmétique l'addition de 5 facteurs mineurs résulte dans ce cas en un taux total de 45%.

Comparé à un taux de 50% pour la perte de la main dominante ou pour la perte d'une jambe en dessus du genou le taux retenu semble clairement disproportionné et donc trop élevé.

A mon avis il semblerait donc plus adéquat d'estimer l'IPAI totale à 10%-20% (correspondant à épaule gauche : 0%, coude droit : 5%-10%, sacro-iliaque droite : 5%-10%, troubles psychiques : 0%)."

La recourante s'est déterminée sur cette pièce le 14 janvier 2013 et s'est opposée au complément d'instruction requis.

G. Dans son mémoire de droit du 6 janvier 2014, l'intimée a conclu à ce qu'un complément d'expertise ou une nouvelle expertise soit ordonnée conformément à sa requête du 13 septembre 2012, et

subsidiairement au rejet du recours sous suite de frais et dépens. Elle soutient en substance que les experts du Centre A._____ ne tiennent pas compte de tous les éléments importants pour juger du cas, notamment des images de vidéosurveillance, des déclarations faites à ce sujet par les premiers experts et par le détective. Elle considère qu'ils n'expliquent pas de manière convaincante les divergences entre les déclarations de la recourante et les autres éléments du dossier, soit notamment les preuves recueillies par les mesures de surveillance et les dires de l'aide au ménage. Elle allègue que contrairement à ce que retiennent les experts, les déclarations de la recourante - y compris celles faites aux experts eux-mêmes (importantes douleurs et limitations invoquées le fait qu'elle ne puisse reprendre une activité professionnelle) - ne sont pas compatibles avec les éléments mis en avant par la surveillance, ce qui n'aurait échappé ni aux médecins ni à l'aide de ménage interrogés par le juge d'instruction pénale. Elle remarque que sur le plan psychique, la recourante a fait état de difficultés à traverser la rue même sur un passage pour piétons, ce qui ne concorde pas avec ce qu'elle était capable de faire et qui a été filmée. Elle estime que cela ne concorde pas non plus avec les conclusions de l'expertise concernant la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Elle soutient que l'estimation des experts quant à cette capacité n'est pas compréhensible, dès lors qu'ils reconnaissent à la recourante une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée mais nient une capacité de travail en tant que femme de ménage, cela alors même que bon nombre des travaux incombant à une femme de ménage paraissent - aux dires de l'intimée - compatibles avec les possibilités de la recourante. Elle ajoute que les experts n'ont pas déterminé de manière claire l'évolution de la capacité de travail notamment avant octobre 2008 et que les premiers experts avaient estimé sur le plan somatique que la situation était stable depuis 2007. Sur le plan psychique, elle allègue que les experts ne sont pas prononcés clairement sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante jusqu'au moment de l'expertise, tout en excluant l'appréciation du médecin traitant de la recourante. Se référant à l'appréciation de l'expert N._____, qui avait retenu une incapacité de travail de 50% comme femme de ménage mais avait indiqué que toute

autre activité adaptée du point de vue somatique serait possible sur le plan psychique, la Caisse en déduit que « *l'incapacité de travail psychique devait donc se calquer sur l'incapacité de travail somatique, de sorte qu'elle ne devait plus exister dès fin 2007* ». Elle estime en outre qu'il n'y a plus de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Elle fait valoir que l'expertise ne mentionne pas clairement les éléments concernant la formation professionnelle de la recourante. A cet égard, elle relève que les experts mentionnent que l'intéressée n'aurait pas de formation professionnelle mais qu'ils indiquent pourtant qu'elle a travaillé comme pédicure au Brésil - étant précisé que le Dr J. _____ avait précédemment mentionné que la recourante était pédicure diplômée au Brésil -, qu'elle a en outre œuvré dans une boulangerie ainsi que dans une cafétéria et qu'elle a également gardé des enfants. Cela étant, l'intimée conclut que le rapport d'expertise judiciaire ne peut être suivi. Elle estime de surcroît que les experts n'ont pas évalué l'indemnité pour atteinte à l'écrit intégrité de manière correcte et que la recourante n'a droit ni à une allocation pour impotence, ni à des indemnités journalières postérieurement au 1^{er} juillet 2007, ni à la prise en charge des frais médicaux. Enfin, elle soutient que la question de la perte de gain n'a pas été instruite et qu'en conséquence, le droit à la rente ne peut être examiné en l'état.

Dans son mémoire de droit du 6 janvier 2014, la recourante a pris les conclusions suivantes :

"I. La décision sur opposition du 30 avril 2009 est annulée, y compris en ce qu'elle ordonne le remboursement de CHF 63'385.90 (soixante-trois mille trois cent huitante-cinq francs et nonante centimes).

II. a) La Caisse Z. _____ versera à la recourante des indemnités journalières de 100% dès le 1^{er} juillet 2007 jusqu'au 15 avril 2009, lesquelles indemnités porteront intérêts compensatoires à partir du 1^{er} septembre 2010.

b) La Caisse Z. _____ versera à la recourante dès le 16 avril 2009 une rente d'invalidité de 100%, avec intérêts compensatoires dès le 15 avril 2011.

c) La Caisse Z. _____ versera à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%, soit CHF 48'060.- (quarante-huit mille soixante francs), avec intérêts compensatoires dès le 15 avril 2011.

d) La Caisse Z. _____ prendra à sa charge l'intégralité des frais médicaux consécutifs à l'accident du 8 décembre 2005 jusqu'au 15 avril 2009. Dès cette date, elle prendra en charge la totalité du traitement médicamenteux relatif à l'accident précité, ainsi que le suivi psychiatrique.

e) Pour le surplus, et notamment en ce qui concerne la fixation du montant de la rente d'invalidité et des frais médicaux à prendre en charge, le dossier est renvoyé à la Caisse Z. _____ pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Subsidiairement à II :

II. f) Le droit de W. _____ à des prestations d'assurance- accidents obligatoire au-delà du 1^{er} juillet 2007 est reconnu, y compris une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%, le dossier étant renvoyé à l'assureur intimé pour qu'il alloue à la recourante les prestations prévues par la loi, dans le sens des considérants.

III. L'assistance juridique gratuite est accordée à la recourante pour toutes les opérations effectuées par son conseil à partir du 24 septembre 2008, y compris les opérations à venir, et la Caisse Z. _____ versera en mains de ce dernier une indemnité de CHF 9'245.- (neuf mille deux cent quarante-cinq francs), TVA comprise, pour les opérations effectuées avant la présente procédure.

Subsidiairement à III :

L'assistance judiciaire gratuite est accordée à la recourante pour toutes les opérations effectuées par son conseil à partir du 24 septembre 2008, y compris les opérations à venir, le dossier étant renvoyé à la Caisse intimée pour fixation de cette indemnité dans le sens des considérants."

En ce qui concerne la violation du droit d'être entendu, la recourante soutient que c'est seulement en deuxième instance qu'ont été produits le journal tenu par I. _____ ainsi que le mandat d'investigations du détective privé et que dès lors, en déclarant à l'OFSP que les notes téléphoniques concernant des entretiens entre l'intimée et le détective n'existaient pas, cette dernière aurait menti sur le contenu du dossier. Elle ajoute qu'en renonçant à consigner par écrit les informations transmises et reçues oralement du détective Q. _____, l'intimée aurait violé la législation régissant l'instruction des demandes, étant relevé que la consignation de pareils éléments était d'autant plus importantes en l'espèce que certaines observations transmises oralement par le détective

ont été évoquées expressément par l'intimée lors de la séance du 25 septembre 2008. S'agissant de la validité du rapport du détective privé et de son complément, elle allègue qu'ils ne respectent pas les règles posées en la matière par la jurisprudence dès lors que l'intimée n'avait ni en septembre 2007 ni en mars 2008 d'éléments suffisants lui permettant de considérer qu'une mesure d'observation par un détective privé était objectivement commandée par les circonstances. Concernant le rapport du détective, elle réitère pour le surplus les différents arguments déjà invoqués précédemment. La recourante fait plus particulièrement valoir qu'aussi bien les premiers experts lors de leur audition devant le juge d'instruction pénale que les experts judiciaires ont souligné que les enregistrements vidéo tournés par le détective étaient trop courts pour se faire une idée précise de sa capacité de travail. Elle allègue de surcroît que l'avis du Dr V. _____ ne peut être suivi et relève notamment le « *revirement spectaculaire* » effectué par ce médecin, lequel considérait en novembre 2008 qu'elle était apte à travailler dans toute activité légère et moyenne sans restrictions avant d'admettre quatre ans plus tard qu'une activité adaptée ne pourrait être exécutée qu'avec un rendement diminué de 20%. Elle en infère qu'en tout état de cause, le droit à une rente d'au moins 20% ne saurait être contesté. Quant à l'expertise effectuée par le Centre A. _____, elle estime qu'elle est conforme aux règles de l'art. S'agissant en outre du remboursement des prestations, la recourante soutient que les conditions d'une révision procédurale ne sont pas remplies, dite révision étant intervenue au-delà du délai légal de 90 jours après la découverte du motif de révision. Sur ce point, elle expose que la Caisse a rendu une première décision valant révision procédurale le 11 décembre 2008 mais que le premier rapport du détective Q. _____ date du 4 septembre 2008 et qu'il porte sur une observation faite entre avril et juillet 2008 ; elle ajoute que l'intimée a eu connaissance du résultat de cette observation bien avant le mois de septembre 2008 puisque, lors de son audition par la police cantonale [...], le gestionnaire de la Caisse a admis avoir reçu des rapports intermédiaires réguliers aussi bien sous forme écrite que sous forme de DVD - rapports intermédiaires qui n'ont jamais été versés au dossier. L'intéressée relève en outre qu'il n'y a pas eu de découverte d'éléments de faits nouveaux importants,

l'instruction ayant démontré qu'elle était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et que son état de santé n'était pas stabilisé pendant la période concernée, et aujourd'hui encore. Elle soutient que même si les conditions d'une révision procédurale étaient réunies, le remboursement de prestations - dont on admettrait alors qu'elles ont été versées à tort - ne serait pas possible dès lors qu'elle était de bonne foi et que le remboursement la mettrait dans une situation difficile. La recourante allègue par ailleurs que dans la mesure où la décision litigieuse confirme la décision du 11 décembre 2008 mettant fin à toutes prestations dès le 1^{er} juillet 2007, l'objet du litige ne porte pas uniquement sur la période du 1^{er} juillet 2007 au 31 août 2008, période pour laquelle restitution des prestations est requise, mais s'étend à toute prestation postérieure qu'il s'agisse de prestation pécuniaire, de frais médicaux ou d'atteinte à l'intégrité. Elle estime que compte tenu de la mauvaise volonté patente de l'intimée, la juridiction cantonale ne saurait se limiter à annuler purement et simplement la décision attaquée et à renvoyer le dossier à la Caisse pour qu'elle en reprenne instruction, mais que des instructions précis et détaillées doivent être données à cette dernière quant au calcul et à l'ampleur des prestations devant être versées sur le long terme. Se prévalant du principe de célérité, la recourante considère qu'il appartient à la juridiction cantonale de se prononcer sur le principe, le montant et la durée des indemnités journalières à partir du 1^{er} septembre 2008, sur le principe, le début et le taux de la rente d'invalidité, sur le principe, le taux et le montant d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, sur le principe et le début des intérêts moratoires pour les différentes prestations susdites ainsi que sur le droit à l'assistance juridique concernant les opérations de son conseil en dehors du cadre judiciaire.

A l'appui de ses dires, la recourante a produit un lot de pièces dont notamment une décision de prestations complémentaires du 1^{er} juillet 2011, des tableaux relatifs à l'évolution des salaires nominaux et aux salaires mensuels bruts statistiques, ainsi que deux listes d'opérations de son conseil devant l'autorité administrative et devant l'autorité judiciaire.

Par acte du 10 janvier 2014, l'intimée s'oppose aux nouvelles conclusions de la recourante et aux nouvelles pièces produites. Elle relève notamment que certains éléments n'ont pas été instruits, la partie adverse ayant initialement conclu au renvoi de la cause à l'assureur, et souligne, comme indiqué dans sa précédente écriture, que la juridiction cantonale ne saurait statuer sur des questions non instruites en contradictoire dans le cadre de la procédure de recours, sauf à contrevenir au principe de la double instance et à violer le droit d'être entendu.

Dans son écriture du 18 février 2014, la recourante fait valoir que les conclusions précisées dans son mémoire du 6 janvier 2014 n'impliquent pas à proprement parler de nouvelles mesures d'instruction, pas plus qu'elles ne pourraient conduire à une violation du principe de la double instance ou du droit d'être entendu pour autant qu'un délai soit accordé à l'intimée pour se déterminer sur les conclusions IIa) à II f) ainsi que III et IV. Elle ajoute que si l'intimée estime que de nouvelles mesures d'instruction sont nécessaires, rien ne l'empêche de les requérir. Enfin, elle précise que sa conclusion figurant sous la rubrique « *subsidiatement à III* » porte le chiffre IV.

Prenant position le 15 mai 2014, l'intimée réfute en substance la violation du droit d'être entendu invoquée par la recourante, de même que les griefs de celle-ci à l'égard du rapport du détective Q._____. S'agissant du remboursement des prestations versées, elle soutient qu'il n'y a pas révision procédurale dès lors qu'aucune décision formelle n'a été rendue au préalable concernant les indemnités journalières et que de toute manière le délai de 90 jours a été respecté. Elle affirme en outre que la juridiction cantonale n'est pas compétente pour donner des instructions détaillées comme le voudrait la recourante et maintient que ni des indemnités journalières ni une rente ne sont dues.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (cf. art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme. Il est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) Selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références).

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références ; cf. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

b) En l'espèce, l'intimée, au motif que la recourante était de mauvaise foi, a refusé de prendre le cas en charge dès après le mois de juin 2007, demandé le remboursement des prestations versées depuis le 1^{er} juillet 2007 et rejeté la demande d'assistance juridique gratuite.

Dans ces conditions, sont uniquement en litige les questions de savoir, d'une part, si l'intimée a interrompu à juste titre le versement de ses prestations ou non, d'autre part, si les conditions d'une restitution des prestations versées sont ou pas réalisées et, enfin, si la recourante peut prétendre à l'assistance juridique devant l'autorité administrative.

En conséquence, les conclusions complémentaires prises dans le mémoire de droit déposé le 6 janvier 2014 par la recourante sont irrecevables.

3. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéants, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V

256 consid. 4 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, 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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

4. a) S'agissant du mandat confié à un détective privé, le Tribunal fédéral a jugé que l'assureur-accidents était habilité à mettre lui-même en oeuvre une surveillance et à en utiliser les résultats dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, une telle mesure d'instruction reposant sur une base légale suffisante, prévue à l'art. 43 al. 1 LPGA, en relation avec l'art. 28 al. 2 LPGA (concernant l'obligation générale de renseigner de l'assuré), puisque l'assureur social est tenu, en vertu du principe inquisitoire, de prendre les mesures nécessaires pour établir les faits (cf. ATF 135 I 169).

Selon la jurisprudence, l'observation d'un assuré doit être justifiée par des éléments concrets de suspicion qui font naître des doutes sur la réalité des plaintes émises par lui ou les incapacités de travail qu'il fait valoir. De tels éléments peuvent consister, par exemple, en un comportement contradictoire de l'intéressé ou des doutes sur son honnêteté (éventuellement fondés sur les indications ou les observations de tiers), des incohérences mises à jour à l'occasion d'investigations médicales, des exagérations, des simulations ou des automutilations (cf. ATF 137 I 327 consid. 5 ; cf. TF 8C_779/2012 du 25 juin 2013 consid. 1.2).

Dans le cas particulier, la recourante était en Suisse dans une situation irrégulière. Il ressort du dossier pénal, en particulier de la plainte de l'assureur responsabilité civile, que celui-ci avait constaté que l'un des anciens employeurs de la recourante, P._____, effectuait depuis l'accident à son tour le ménage de l'assurée pendant deux heures par jour. Dans sa lettre du 14 septembre 2007, il relevait une différence entre les plaintes émises par la recourante et des rapports de sorties du service d'ergothérapie et de physiothérapie.

On ne peut dès lors retenir que l'observation telle que décidée était illégale ou injustifiée.

b) S'agissant de la production de toutes les pièces concernant le mandat du détective privé, l'assureur responsabilité civile, qui a confié le mandat à ce détective sur demande de l'intimée, a produit devant la

Cour de céans les pièces en sa possession. Les notes d'honoraires du détective ont également été produites. Il n'est pas établi qu'il y en ait eu d'autres. La recourante a en outre pu se déterminer sur ces pièces lors de la présente procédure.

De toute manière, la recourante ne saurait exiger production de l'ensemble de ces pièces. En effet, selon la doctrine, conformément à son droit d'être entendu et son droit de consulter le dossier, la personne assurée doit en principe être informée du résultat des mesures d'observation - quelle qu'en soit l'issue - sur lequel l'assureur social entend fonder sa décision, et avoir accès au rapport d'observation, afin de pouvoir se déterminer à ce sujet (cf. Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 154; cf. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 13 ss ad art. 47 LPGa, pp. 597 ss) .

Tel a été le cas en l'espèce. Le droit d'être entendu de l'assurée a ainsi été respecté.

c) Le rapport du détective privé et de son complément ne sauraient dès lors être écartés pour des motifs formels.

5. Un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (cf. ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; cf. TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (cf. Moser-Szeless, op. cit., p. 129 ss, plus spécialement p. 152).

a) En l'espèce, après avoir vu le DVD réalisé par le détective Q._____, le Dr V._____ a considéré qu'il démontrait clairement que l'assurée semblait vivre une vie des plus normales. Il s'est étonné de constater qu'il n'y avait pratiquement pas de gêne fonctionnelle visible, ni au niveau de la marche ou ni au niveau des deux bras, et qu'il n'y avait également pas de signe de douleurs ou des hésitations. Il a remarqué notamment que l'assurée portait à de nombreuses reprises différents objets en utilisant ses deux bras. Il a mentionné qu'il s'agissait entre autres d'une grosse boîte ainsi que d'achats divers de poids qu'il a qualifié de considérable et qu'il a évalué à 5 kg et plus. Il en a conclu que la recourante pourrait très bien travailler comme femme de ménage, si elle le voulait. Le travail pourrait être organisé de façon telle qu'elle arrive à éviter des problèmes de surcharge par des activités ponctuellement trop lourdes (cf. rapport du Dr V._____ du 27 novembre 2008).

Le Dr V._____ n'a pas procédé à l'examen clinique de la recourante. On peine à comprendre comment, sur le vu de simples images et du commentaire du détective, il peut être aussi affirmatif. Il ne se pose aucune question, que ce soit par exemple concernant les médicaments antalgiques que prendrait ou non la recourante, ou du poids des objets transportés. En outre les séquences sont ponctuelles et de courte durée. Il apparaît difficilement crédible que sur cette seule base, le Dr V._____ puisse en conclure que l'état de santé de la recourante lui permet de travailler à plein temps comme femme de ménage à raison de plus de huit heures par jour.

Pour ces motifs déjà, les conclusions du Dr V._____ ne peuvent être suivies.

b) En outre, les experts qui avaient examiné la recourante début 2008 et qui ont visionné le DVD sont d'un avis différent. En effet, l'expert K._____ a certes déclaré qu'au vu des images, il y avait dû y avoir majoration des plaintes lors l'expertise et qu'en ce qui concerne les séquelles des lésions, il était clair qu'elles étaient moindres que celles démontrées dans l'expertise. Il a toutefois expliqué que la capacité de

travail était une autre chose, car elle impliquait des mouvements répétitifs durant une journée entière et qu'une nouvelle évaluation complète était nécessaire pour revoir correctement la capacité de travail résiduelle (cf. procès-verbal d'audition du Dr K. _____ du 20 juillet 2009 pp. 4 s.). L'expert J. _____ a déclaré quant à lui que s'il avait vu le DVD avant de rédiger son rapport, cela n'aurait en rien modifié son diagnostic et qu'il est extrêmement difficile de juger de l'impact de ces images sur la réalité de la vie quotidienne d'un assuré. D'un point de vue concret, il a estimé qu'il n'aurait vraisemblablement pas mentionné une incapacité de travail à 100%, mais que la différence n'aurait pas forcément été sensible. Il a relevé que de toute manière, une telle évaluation devait être faite de manière fine, ne pouvait se baser uniquement sur les images montrées et devait prendre en compte la globalité de la problématique. Il a ajouté ne pas avoir eu l'impression, sur le moment, d'une simulation et que les séquences visionnées étaient trop courtes pour pouvoir le conduire à modifier fondamentalement son appréciation (cf. procès-verbal d'audition du Dr J. _____ du 11 septembre 2009 p. 5). Enfin, l'expert N. _____ n'a pas constaté d'attitude de la recourante qui serait en contradiction flagrante avec ses constatations et conclusions. Il a estimé qu'une amélioration en quelques mois de l'état de celle-ci était possible et compatible avec ses conclusions. Il a ajouté que s'il avait disposé de ces images au moment de rédiger son expertise et qu'elles avaient, par hypothèse, été tournées juste avant, il aurait confronté les déclarations de la recourante à cette dernière scène où on la voit traverser une route en dehors du passage piéton. Ne pouvant pas faire d'hypothèse sur ce qu'elle lui aurait dit, il s'est limité à estimer possible qu'il aurait un peu abaissé la limitation fonctionnelle due à l'état de stress post-traumatique (cf. procès-verbal d'audition du Dr N. _____ du 1^{er} octobre 2009 pp. 2 s.).

Ainsi, et contrairement à ce que soutient l'intimée, les experts, qui, à la différence du Dr V. _____, ont examiné la recourante, sont extrêmement prudents dans leur appréciation des images et du commentaire du détective. Ils estiment tous que les images visionnées sont insuffisantes pour apprécier l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail. Ils ne retiennent pas que celle-ci est une simulatrice.

Au maximum, ils estiment possible une légère modification de leur évaluation de la capacité de travail mais seulement après avoir revu la recourante.

De même, la Dresse T._____ a déclaré que le rapport du détective ne modifiait en rien son appréciation. Après avoir visionné les images, elle a conclu que les propos du Dr V._____ par rapport à l'interprétation des images du DVD ne devaient pas être considérés pour juger de la capacité de travail de la recourante, car on ne pouvait pas comparer des séquences de la vie quotidienne, auxquelles n'importe quel invalide a le droit, avec ce que la vie professionnelle exige réellement (cf. rapport du 12 janvier 2009 de la Dresse T._____).

c) Les experts R._____, X._____ et Y._____ du Centre A._____ ont répondu, après avoir visionné le DVD et pris connaissance des rapports du détective, que ces observations étaient parfaitement compatibles d'une part avec les déclarations de la recourante et d'autre part avec les données du status. Ils ont expliqué qu'il ne serait pas correct de conseiller par exemple à un employeur d'utiliser les services de la recourante à plein temps comme femme de ménage, qu'elle pourrait éventuellement faire une partie légère du travail, mais qu'il y aurait des risques importants d'incapacité complète, ceci dans des délais rapides si les articulations atteintes lors de l'accident étaient sollicitées de manière trop importante et qu'elle n'était donc pas apte à cette profession en raison des séquelles observées. Comme les premiers experts et la Dresse T._____ notamment, les spécialistes du Centre A._____ ont relevé que l'observation par le détective privé n'avait pas montré la recourante en condition d'exercice de sa profession dans la durée (cf. rapport d'expertise du 28 septembre 2012 des Drs R._____, X._____ et Y._____ pp. 43 s.).

Se fondant sur leur examen clinique et sur les radiographies ainsi que sur l'ensemble du dossier, les experts ont expliqué que sur le plan orthopédique, en raison d'une consolidation non anatomique de la fracture de l'humérus gauche, il y avait une limitation fonctionnelle de

cette épaule, équivalente à la moitié de l'amplitude articulaire habituelle, situation qui empêchait les activités avec le membre supérieur placé en dessus du plan horizontal de l'épaule, surtout si elles étaient répétitives. Quant aux séquelles présentes au niveau de la sacro-iliaque droite, ils ont retenu qu'elles représentaient un facteur limitant pour les marches de longue durée, les stations debout de longue durée, ainsi que la montée répétitive d'escaliers ou d'échelles. Ils ont expliqué que les limitations du membre supérieur droit étaient moins importantes en termes de mobilité, en raison d'une reconstitution anatomique de l'articulation. Sur le plan neurologique, l'atteinte séquellaire modérée du nerf cubital droit au coude avec apparemment une composante dysesthésique était importante selon les experts. Elle entraînait des difficultés dans toutes les activités de force et répétitive du membre supérieur droit ainsi qu'accessoirement dans une activité nécessitant une dextérité manuelle importante de la main droite chez une droitnière (cf. *ibid.* p. 35). Sur le plan psychique, les experts n'ont pas retenu de symptomatologie dépressive sévère, ni de troubles anxieux de type crise de panique que le Dr F. _____ avait préalablement constatés mais des symptômes anxieux et dépressifs, dont l'intensité des uns et des autres n'était pas suffisante pour justifier de diagnostics séparés, raison pour laquelle les spécialistes du Centre A. _____ ont posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Ils ont constaté qu'une symptomatologie résiduelle spécifique à l'état de stress post-traumatique persistait, sans pour autant qu'un diagnostic spécifique puisse être retenu. Concernant la pathologie algique, ils ont précisé qu'il était fort probable que les composantes anxieuses et dépressives de l'état psychique aient pu, et puissent encore, renforcer la perception douloureuse du trouble douloureux mais n'ont pas retenu de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils ont expliqué que si la recourante pouvait se montrer, par moments, démonstrative, il convenait d'attribuer cette attitude à ses origines, à un sentiment d'être submergée par des éléments extérieurs qu'elle ne pouvait maîtriser, tels que la procédure pénale et la filature à laquelle elle a été soumise et à l'impression de ne pas être comprise qui la poussait à être parfois insistante (cf. *ibid.* p. 32) Les experts ont expressément exclu l'existence d'une tendance objective à aggraver ou à simuler des troubles ou une

surévaluation par la recourante des troubles physiques dont elle souffre (cf. *ibid.* pp. 36 et 38).

Ainsi, contrairement à ce que soutient l'intimée, les experts ont tenu compte dans leurs conclusions tant du dossier, de leur examen clinique, des plaintes de la recourante ainsi que de la documentation du détective privé. S'agissant des plaintes de la recourante, c'est précisément de leur compétence des les mentionner et ensuite de les apprécier. En outre, on ne saurait sérieusement reprocher à la recourante de croire qu'elle ne peut pas travailler comme elle l'a dit aux experts. En cela, elle ne diffère en rien des autres assurés auxquels des prestations d'assurance ont été refusées et qui recourent.

En ce qui concerne la capacité de travail sur le plan somatique, compte tenu des atteintes orthopédiques combinées avec les atteintes neurologiques, les experts ont retenu une incapacité de travail totale dans l'activité de femme de ménage. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, ils estiment la capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20% depuis octobre 2008.

Sur le plan psychique, les experts se sont éloignés du diagnostic du Dr N. _____ sans remettre en cause les conclusions de celui-ci à l'époque mais, six ans et demi s'étant écoulés depuis l'accident, ils ont constaté qu'il persistait lors de leur examen une symptomatologie résiduelle spécifique et que celle-ci était en diminution progressive (cf. *ibid.* p. 45). Ils se sont également écartés du diagnostic du Dr F. _____ dès lors que, lors de l'expertise, l'examen de la recourante les a conduits à poser le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (cf. *ibid.* p.32). Ils ont toutefois expliqué qu'il était difficile d'évaluer la capacité de travail depuis octobre 2008. C'est la raison pour laquelle, ils se sont fondés sur l'incapacité de travail telle que retenue par le Dr F. _____, qui fluctuait entre 50 et 100% pour les années ayant précédé l'expertise, l'appréciation du psychiatre traitant correspondant à l'anamnèse de la recourante. Ils ont retenu que la recourante avait présenté une incapacité de travail totale pendant son séjour à l'Hôpital de U. _____ de janvier à mars 2009,

incapacité ayant vraisemblablement perduré pendant plusieurs semaines à l'issue de cette hospitalisation, puis que la situation s'était progressivement améliorée jusqu'à une capacité de travail entière avec un rendement réduit de 10% (cf. *ibid.* p. 33).

Ces explications, claires, sont exemptes de contradiction.

Il n'y a aucun rapport médical au dossier mettant en doute les conclusions des experts du Centre A._____ relatives à la capacité de travail de la recourante. En effet, le seul à s'être prononcé dans un sens contraire est le Dr V._____ qui n'a pas motivé son appréciation de la capacité de travail de l'assurée dans l'activité de femme de ménage, mais s'est limité à affirmer qu'un travail de femme de ménage engloberait beaucoup de travaux légers et qu'il ne voyait pas comment justifier une incapacité de travail totale et prolongée, mais sans autre précision (cf. rapport du 12 novembre 2012 du Dr V._____). En particulier, il n'a pas indiqué qu'une telle activité pourrait être exercée à plein temps. De fait, on voit mal comment une femme de ménage pourrait travailler plus de huit heures par jour en ne pouvant effectuer que des travaux légers et en devant éviter toute activité avec le membre supérieur placé en dessus du plan horizontal ainsi que les stations debout de longue durée ; une telle activité est manifestement inadaptée. En revanche, le Dr V._____ ne semble pas contester une capacité de travail entière avec un rendement diminué de 20% dans une activité adaptée.

De toute manière, même si l'on retenait avec le Dr K._____, qui ne se prononçait que sur le plan rhumatologique, une capacité de travail de 25% dans l'activité de femme de ménage (cf. rapport d'expertise du 7 mars 2008 p. 12), cela n'aurait aucune incidence du moment que l'on admet une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec un rendement réduit de 20%. Cet expert relevait d'ailleurs que les séquelles neurologiques du membre supérieur droit influençaient la situation et rendaient toute reprise du travail nulle (cf. *ibid.*). On ajoutera, s'agissant de l'instruction établissant la ou les formations professionnelles de la recourante, que ce n'est pas aux experts que cela

incombe mais bien à l'intimée. Elle apparaît dès lors malvenue de critiquer l'expertise sur ce point (cf. déterminations de la Caisse du 6 janvier 2014).

d) En conclusion, contrairement à ce que soutient l'intimée, les experts du Centre A._____ ont expliqué de manière circonstanciée leurs conclusions fondées sur un examen approfondi de l'ensemble du dossier de la recourante. Leur expertise souscrit aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Elle a ainsi valeur probante.

Au vu de ce qui précède, le rapport du détective privé Q._____ n'est pas confirmé par les avis des experts susdits, ni d'ailleurs par ceux des autres médecins qui ont procédé à un examen clinique de la recourante. Il ne permet pas de tirer de conclusions sur l'état de santé de celle-ci, et, partant sur sa capacité de travail, et encore moins sur le fait qu'elle soit de mauvaise foi. Il n'a par conséquent aucune valeur probante.

C'est ainsi à tort que la caisse intimée s'est fondée sur celui-ci comme sur les conclusions du Dr V._____ pour retenir que la recourante était de mauvaise foi et qu'il n'y avait plus aucune séquelle ni d'incapacité de travail dues à l'accident dès après juin 2007. Elle ne pouvait dès lors pour ce motif refuser de prendre le cas en charge et interrompre le versement de ses prestations, et encore moins réclamer la restitution de prestations déjà versées.

6. En effet, selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

a) Une prestation accordée sur la base d'une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel ne peut être répétée que lorsque les conditions d'une reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 LPGA) sont réalisées (cf. ATF 138 V 426 consid. 5.2.1 et 110 V 176 consid. 2a ; cf. DTA 1998 p. 76

consid. 3b). Ce principe s'applique également lorsque les prestations à restituer n'ont pas été allouées par une décision formelle mais par une décision traitée selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA (cf. ATF 111 V 329 consid. 1). Après un laps de temps correspondant au délai d'opposition contre une décision formelle, l'administration ne peut demander la restitution des prestations allouées par une décision selon l'art. 51 LPGA et non contestée qu'aux conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (cf. ATF 129 V 110 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle 2007, n° 493 pp. 978 s.).

Tel est le cas en l'espèce. En effet, les versements d'indemnités journalières sont des décisions informelles, lesquelles n'ont pas été contestées dans le délai d'opposition.

b) Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (cf. art. 25 al. 2 LPGA).

En l'occurrence, ce délai a été respecté, la décision initiale étant intervenue moins d'un an après la connaissance des faits rapportés par le détective.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (cf. ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant

de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (cf. ATF 117 V 8 consid. 2c et 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1 et la jurisprudence citée).

Dans le cas présent, compte tenu de l'ensemble de la documentation médicale dont bénéficiait la caisse intimée (cf. consid. 4 supra), l'octroi d'indemnités journalières entières était parfaitement justifié. Les conditions posées pour une reconsidération ne sont manifestement pas réalisées et il n'y a pas lieu à restitution des prestations versées. Au demeurant, eu égard à la situation médicale de l'intéressée (cf. *ibid.*), tel serait également le cas sous l'angle d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

7. Il reste à examiner si la recourante a droit à une assistance juridique gratuite devant l'autorité administrative comme elle le requiert à partir du 24 septembre 2008.

a) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (cf. art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (cf. ATF 131 V 153 consid. 3.1 ; cf. TF

9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1 ; cf. TFA I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.1 ; cf. Kieser, op. cit., n° 22 ad art. 37 LPGA, p. 504). La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst. (cf. art. 29 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition – soit la partie est dans le besoin, les conclusions ne sont pas dépourvues de toute chance de succès et l'assistance est objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (cf. ATF 132 V 200 consid. 4.1 et 125 V 32 consid. 2 avec les références ; cf. TFA I 676/04 précité consid. 6.2 et les références) – continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (cf. TF 9C_674/2011 précité consid. 3.1 ; cf. TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.1 et I 386/04 du 12 octobre 2004 consid. 2.1 ; cf. FF 1999 4242).

Quant à la date à partir de laquelle cette assistance peut être octroyée, le législateur a renoncé à compléter l'art. 37 al. 4 LPGA dans le sens d'une limitation dans le temps comme par exemple à la procédure d'opposition (cf. Kieser. op. cit., nos 17 à 20 ad art. 37 LPGA, pp. 502 s.). La jurisprudence selon laquelle l'assistance judiciaire, lorsqu'elle est accordée, déploie en principe ses effets à partir de la présentation de la requête (cf. TF 9C_923/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.1.3), est ainsi applicable.

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné au regard de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, parle d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le "justifient", tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, parle d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances "l'exigent" (cf. TF I 674/04 précité consid. 6.2 et les références citées ; cf. Kieser, op. cit., n° 22 ad art. 37 LPGA, p. 504).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels à savoir parce que des questions de droit ou de fait difficiles

rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (cf. ATF 132 V 200 précité consid. 4.1 et les références). A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. Si la procédure en cause présente des risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance gratuite d'un défenseur est en principe accordée. Sans cela, elle ne le sera que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul (cf. ATF 130 I 182 consid. 2.2 avec les références et 125 V 32 précité consid. 4 ; cf. TF I 676/04 précité consid. 6.2). Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (cf. ATF 132 V 200 précité consid. 4.1 et les références ; cf. TF 9C_674/2011 précité consid. 3.2). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (cf. TFA I 557/04 précité consid. 2.2 ; cf. TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3).

b) En l'espèce, par sa décision du 11 décembre 2008, l'intimée a interrompu le versement des indemnités journalières. Il résulte par ailleurs d'un ordre de paiement du 24 novembre 2008 que la recourante bénéficie du revenu d'insertion et qu'elle a indiqué à l'intimée de verser directement au service social le montant rétroactif des prestations avancées.

La recourante était ainsi dans le besoin lors de la procédure d'opposition. En outre la procédure n'est pas d'emblée dénuée de chances de succès. Au vu de la complexité des faits, compte tenu de la plainte pénale déposée par l'intimée et des divers compléments d'instruction

encore à effectuer sur le plan économique, il apparaît que la seule présence d'une personne de confiance ou d'un assistant social est insuffisante. L'assistance d'un avocat est dès lors nécessaire.

En conséquence, il y a lieu d'admettre la requête d'assistance juridique.

Il résulte toutefois du dossier que cette requête a été formulée dans l'écriture du 31 octobre 2008. C'est donc dès cette date qu'elle doit être accordée et non dès le 24 septembre 2008 comme demandé.

Il appartiendra à l'intimée de se prononcer sur le tarif horaire qui devra être appliqué, sur le nombre d'heures nécessitées par les opérations déjà effectuées, comme d'ailleurs celles qui le seront par la suite ainsi que sur les débours.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction n'apparaît pas utile de sorte que les requêtes des parties en ce sens doivent être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

9. a) En conclusion, le recours doit être admis pour autant qu'il est recevable et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée doit continuer à prendre le cas en charge, l'assistance juridique étant accordée à la recourante dès le 31 octobre 2008.

b) Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 5'000 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du

2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]).

Quant à l'équitable indemnité due à l'avocat commis d'office dans le cadre de l'assistance judiciaire accordée par décision du 2 juillet 2009, elle fera l'objet d'une décision séparée conformément à la réglementation applicable pour les procédures ouvertes avant le 1^{er} janvier 2011.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA ; cf. art. 45 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis pour autant qu'il est recevable.
- II. La décision sur opposition rendue le 30 avril 2009 par la Caisse Z._____ est réformée en ce sens que ladite caisse continuera à prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 8 décembre 2005, W._____ étant au bénéfice de l'assistance gratuite d'un avocat pendant la procédure administrative dès le 31 octobre 2008.
- III. La Caisse Z._____ versera à W._____ la somme de 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de dépens.
- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyat (pour la recourante),
- Me Séverine Berger (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :