

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 avril 2014

---

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges : Mmes Thalmann et Berberat  
Greffier : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à Bex, recourante, représentée par Me Florence Baillif Métrailler,  
avocate à Monthey,

et

**V.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 6, 7, 8, 17 LPGA; 18 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_, née le 13 janvier 1983, (ci-après : l'assurée ou la recourante) est assurée auprès de D.\_\_\_\_\_", respectivement de V.\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assureur accidents ou l'intimé) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels du fait de son emploi d'aide soignante à l'EMS G.\_\_\_\_\_ à Montreux.

Le 18 janvier 2004, en se rendant à son travail, l'assurée a été victime d'un grave accident de la circulation et a été transférée le même jour au Centre hospitalier U.\_\_\_\_\_ (ci-après : U.\_\_\_\_\_), où elle subit une opération et resta hospitalisée cinq mois. Le diagnostic initial posé le 19 mars 2004 au U.\_\_\_\_\_ était : fracture bi-tubérositaire comminutive ouverte stade II selon Gustillo du tibia proximal gauche, fracture diminutive ouverte stade III B selon Gustillo du talus et du pillon tibial cheville droite, ainsi qu'une plaie frontale.

Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur accidents, qui a toutefois réduit de 20 % ses prestations en raison de la faute grave de l'assurée qui ne portait pas la ceinture de sécurité au moment de l'événement.

Dans un rapport médical du 13 janvier 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin adjoint du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du U.\_\_\_\_\_, a relevé que l'assurée présentait un handicap important l'empêchant de se déplacer de plus de quelques mètres seule avec deux cannes et de faire sa toilette elle-même. Il a précisé que sa patiente avait besoin d'aide et ne pouvait pas s'occuper de son ménage, en soulignant le fait que la durée de ce handicap n'était pas déterminable en l'état et qu'il allait se poursuivre encore plusieurs mois, au minimum quatre à six mois.

Selon le rapport médical établi le 17 janvier 2005 par les Drs X.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Centre d'accueil et de traitement psychiatrique F.\_\_\_\_\_, le changement brutal du mode de vie lié au traumatisme psychique et au handicap physique dus à l'accident générait chez l'assurée un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F31.11), où le sentiment de révolte et de frustration provoquaient un mal être permanent avec des crises de colère.

Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire du 13 mai 2005, les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, du Centre médical de la douleur de [...] ont posé comme diagnostics :

- 1) Fracture ouverte stade III B selon Gustillo du talus et du pilon tibial droit
- 2) Surinfection ayant nécessité une énucléation de l'astragale droite
- 3) Arthrodèse tibio-calcaneó-scaphoïdienne droite le 14 mai 2004
- 4) Fracture comminutive Schatzker VI, ouverte stade II-III selon Gustillo des plateaux tibiaux gauche
- 5) Surinfection du genou gauche
- 6) Gonarthrose gauche
- 7) Fracture-tassement de D8 à D11
- 8) Fracture de la styloïde cubitale gauche
- 9) Plaie frontale
- 10) Pancréatite aiguë en octobre 2004

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée sur le plan orthopédique, ils ont indiqué qu'elle était nulle dans l'activité d'aide soignante de manière définitive. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts ont relevé que, d'un point de vue orthopédique, l'assurée était pour l'heure incapable d'exercer une quelconque profession, quelque soit la position de travail, mais que la situation serait peut-être à réévaluer d'ici un à deux ans, s'il y avait mise en place d'une prothèse de genou (ou arthrodèse) et si la symptomatologie douloureuse devait s'améliorer (travail en position assise ?). Du point de vue psychiatrique, ils ont indiqué que les troubles étaient apparus trois mois après l'accident, soit en juin 2004, et que la capacité de travail sur ce plan

était de 50 % dans toute activité. Ils ont évalué l'atteinte à l'intégrité d'un point de vue orthopédique à 70 %.

Par décision du 25 octobre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Dans un rapport médical du 25 janvier 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a conclu que la capacité de travail de l'assurée était nulle, y compris dans une position assise, en précisant que la situation devrait être réévaluée six mois après l'intervention chirurgicale qu'il proposait (arthroplastie).

Dans leur rapport médical daté du 28 juin 2006 qui faisait suite au séjour de l'assurée à la Clinique romande de réadaptation du 2 mai au 24 mai 2006, les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et chef de clinique, et I.\_\_\_\_\_, médecin assistante du Service de réadaptation générale, ont indiqué qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable à court terme pour l'assurée; par la suite, en fonction du gain sur l'autonomie avec le nouvel appareillage et de l'évolution sur le plan psychologique, un travail sédentaire pourrait être discuté. Dans leurs conclusions, ils relevaient notamment l'impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche en rapport avec une instabilité du genou gauche nécessitant une déambulation à l'aide de deux cannes, deux ans et demi après un polytraumatisme grave ayant occasionné des fractures complexes des membres inférieurs ainsi qu'un état de stress post-traumatique de degré modéré nécessitant un suivi psychiatrique.

Dans leur rapport médical du 16 octobre 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_, et la psychologue R.\_\_\_\_\_, du Centre F.\_\_\_\_\_, ont indiqué que leur diagnostic définitif était un état de stress post-traumatique (F43.1), qu'il n'y avait pas de facteurs indépendants du traumatisme jouant un rôle aggravant et que la reprise de l'activité professionnelle n'était toujours pas envisageable.

Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 février 2007, les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, C.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) de [...] ont relevé un état amélioré par rapport aux descriptions antérieures, mais qui invalidait chaque notion éventuellement positive ou évolutive et qui restait avec sa propre participation dans une vision d'enfermement. Dans leur synthèse, les experts ont indiqué que, sur le plan ostéo-articulaire, une activité professionnelle pouvait être envisagée, à un taux n'excédant pas 40 à 50 %, l'activité adaptée, en position assise, ne devant pas impliquer de port de charges au-delà de 5 kg, avec une possibilité de pause toutes les 30 à 60 minutes d'une durée de 5 à 10 minutes en raison des rachialgies. Sur le plan psychiatrique, après avoir retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1) et autres troubles anxieux (F41.3), ils ont conclu que l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques était exigible au même taux et qu'elle serait même thérapeutique.

Le 8 juin 2007, l'assurée a donné naissance à des quintuplés.

Par décision du 15 janvier 2008, V.\_\_\_\_\_ a alloué à l'assurée une rente d'invalidité LAA de 62 % à compter du 1<sup>er</sup> juin 2006.

**B.** Le 4 août 2009, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotence. Un rapport d'instruction a été établi par l'OAI le 18 mars 2010. Il fait état de douleurs chroniques au genou gauche et à la cheville droite, d'un status post-infection du genou gauche, d'une gonarthrose gauche et de dorsalgies. Il conclut à d'importantes difficultés pour l'assurée au niveau de sa mobilité, l'empêchant d'effectuer ses activités quotidiennes. En position debout, l'assurée ne peut rien porter, devant tenir ses cannes avec les deux mains. Son équilibre est précaire, avec des risques de chute. Par ailleurs, l'assurée a besoin de l'aide d'un tiers pour les actes ordinaires qu'elle ne peut pas faire en position assise, tels que : enfiler ou enlever les vêtements du bas du corps, faire sa toilette, entrer ou sortir de la baignoire, se laver le dos, les jambes et les pieds, se sécher, ainsi que se déplacer à l'extérieur. Sur ce dernier point, le rapport précise

que l'assurée peut faire de petites promenades avec les enfants de 15 à 20 minutes maximum, mais que, du fait qu'il y a 5 enfants, il faut être trois pour assurer la promenade avec 2 pousse-pousse à 2 places et 1 pousse-pousse à 1 place. Pour les trajets plus conséquents, l'assurée doit être accompagnée en voiture par son époux ou par sa belle-sœur. Elle doit aussi être accompagnée pour se rendre à ses séances de thérapie, pour ses courses personnelles et pour entretenir des contacts sociaux; elle n'ose plus conduire sur de grandes distances, par peur d'avoir un accident.

Dans une communication datée du 10 août 2010, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'après avoir réexaminé son degré d'invalidité, il avait constaté que celui-ci n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Il a en outre expliqué qu'alors qu'elle avait précédemment été considérée comme une personne active à 100 %, l'assurée était désormais considérée, à la suite de la naissance de ses quintuplés, comme une personne active à 50 % et une ménagère à 50 %. L'incapacité de travail étant considérée comme totale pour la part active et estimée à 71,9 % pour la part ménagère (enquête ménagère du 17 mars 2010), le degré d'invalidité était de 86 %, donnant toujours le droit à une pleine rente d'invalidité.

Suite à la publication d'articles sur cette famille particulière (quintuplés) dans le magazine L.\_\_\_\_\_ et sur des blogs, l'assureur accidents a mandaté un détective privé qui a suivi l'assurée dans ses activités quotidiennes à l'extérieur de son domicile.

Les images vidéo prises lors de la 1<sup>ère</sup> filature, le 21 octobre 2010, montrent l'assurée en train de faire des courses de 13h45 à 17h00 environ. Elle passe notamment du chariot au coffre de sa voiture des charges importantes telles que 6 bouteilles d'eau; on la voit se pencher en avant, charger la poussette dans la voiture, monter dans le véhicule, pousser une poussette double avec au moins un enfant dessus, marcher sans cannes, porter dans les bras un carton plein de commissions et monter et descendre de l'arrière du véhicule sans problèmes apparents.

Le 11 novembre 2010, après que la demande d'allocation pour impotence a été transmise par l'OAI à V.\_\_\_\_\_, l'assurée a été convoquée au siège de ce dernier. La vidéo prise lors de la deuxième filature, le 11 novembre 2010, montre l'assurée arrivant dans le bâtiment de l'assureur accidents en marchant à l'aide de ses cannes. On la voit aussi ressortir du bâtiment avec ses béquilles et retourner chercher sa voiture parquée à l'arrière du bâtiment.

Alors qu'elle était au siège de l'assureur accidents, le 11 novembre 2010, l'assurée a répondu au questionnaire relatif à l'allocation pour impotence. Elle a notamment indiqué que, ne pouvant ni se pencher en avant ni plier le genou, l'aide d'autrui était nécessaire pour enfiler et enlever les vêtements du bas, pour se lever, s'asseoir et se coucher (orthèse), pour se laver les jambes, entrer dans la douche, se déplacer à l'extérieur, porter les courses ou pousser la deuxième poussette. Elle a expliqué qu'à l'intérieur, elle n'avait pas besoin d'aide pour se déplacer mais utilisait ses cannes. Elle a précisé qu'elle pouvait sortir seule à l'extérieur pour autant que ce soit dans un endroit proche du domicile, toujours avec l'aide de ses cannes. L'assurée a encore déclaré que sa belle-mère était présente au domicile et l'aidait pour presque tout, notamment pour porter des objets, en relevant que l'équilibre sans les canes était difficile et qu'il lui arrivait de chuter. En ce qui concerne son traitement médical, elle a expliqué qu'il consistait en la prise d'anti-douleurs et d'anti-inflammatoires et bénéficiait d'un traitement de physiothérapie à raison d'une séance hebdomadaire. Sur le plan psychiatrique, elle a indiqué qu'elle avait consulté un psychiatre pendant un an et qu'elle prenait des antidépresseurs.

Les images prises lors de la troisième filature, le 20 janvier 2011, montrent notamment l'assurée amenant trois de ses enfants à la crèche en voiture, puis les accompagnant à pied; elle fait même quelques pas de course. Ensuite, on l'observe alors qu'elle porte, d'une seule main, un sac de pommes d'environ 5 kg et marche d'un bon pas. On voit également l'assurée porter un enfant pour le sortir de la voiture, puis empiler des 6-packs de lait dans son chariot de courses et pousser celui-ci

dans lequel un enfant est assis; ensuite, elle porte l'enfant pour le transférer du chariot à son siège de voiture, remplit le coffre de la voiture avec des 6-packs de lait; arrivée à son domicile, elle décharge le coffre de la voiture en portant notamment des 6-packs d'eau et deux 6-packs de lait dans chaque main.

A la suite de cette enquête, l'assureur accidents a sollicité l'avis du DrK.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, en sa qualité de médecin conseil. Dans son rapport du 21 février 2011 (rédigé en allemand mais dont l'intimée a produit une traduction française durant la présente procédure de recours), le DrK.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

"En tant que médecin consultant d'V.\_\_\_\_\_, je prends position comme suit dans l'affaire précitée.

A la suite d'un accident de la circulation qui s'est produit le 18 janvier 2004, l'assurée a été victime d'un traumatisme multiple entraînant les lésions suivantes :

- Fracture du radius proximal côté gauche,
- Fracture du métatarsien V côté droit,
- Fracture par compression D8-D11,
- Fracture malléolaire multifragmentaire ouverte côté droit, avec arthrodèse consécutive,
- Fracture des plateaux tibiaux côté gauche, avec gonarthrite infectieuse consécutive.

(...)

L'invalidité est de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2005, conformément à l'avis du 24 juin 2005.

Naissance de quintuplés le 8 juin 2007.

Une incapacité de travail complète et définitive comme auxiliaire de santé a été confirmée par la décision du 28 novembre 2007, à l'occasion d'une révision de la rente par l'AI. Différents communiqués de presse en relation avec la rareté d'une naissance de quintuplés ont fait naître des doutes quant à l'incapacité de travail à 100 % de l'assurée.

L'inspectrice des sinistres de l'AI, Mme [...], a procédé à une clarification à domicile au printemps 2010. À cette occasion, elle a trouvé l'assurée dans un état si désastreux qu'elle a recommandé le versement d'une allocation pour impotent en complément de la rente.

Dans un rapport du 18 mars 2010, elle a précisé les restrictions suivantes de l'assurée (...) :

Difficultés à marcher, impossibilité de se tenir debout sans soutien, a besoin de deux cannes, même dans son logement, mobilité fortement réduite. Elle serait incapable de se pencher en avant, se plaindrait d'une tendance à la chute et indiquerait avoir besoin d'aide pour s'habiller, notamment les chaussettes, les culottes, les pantalons et les chaussures. Elle aurait également besoin d'aide pour enlever ces vêtements. À l'occasion, elle porterait une orthèse à la jambe gauche, mais elle ne le ferait pas souvent, car elle est lourde et inconfortable. Chaque changement de position serait

réalisé très lentement, mais aucune aide ne serait nécessaire. Elle serait en mesure de manger seule, mais aurait besoin d'aide pour la toilette sommaire, notamment pour se laver et se brosser les dents. Elle aurait besoin d'aide pour utiliser la baignoire, aussi bien pour y entrer que pour en sortir, à cause de l'absence totale de sens de l'équilibre. Elle serait par ailleurs incapable de se laver le dos, les jambes et les pieds et aurait besoin d'aide pour se sécher. Elle parviendrait à utiliser les WC sans aide. Elle ne pourrait marcher qu'avec deux cannes et serait en mesure de faire de petites promenades avec les enfants d'au max. 15 à 20 minutes. Elle aurait besoin que son mari ou sa belle-soeur la conduisent en voiture pour parcourir des distances plus importantes, par exemple pour se rendre à ses traitements et chez le médecin. Il lui serait impossible de conduire, car elle aurait peur d'avoir de nouveau un accident.  
(...)

Lors d'une révision de la rente effectuée le 10 août 2010, l'AI a constaté une invalidité à 86 %.

V.\_\_\_\_\_ a ordonné une observation, suite aux doutes notables sur l'étendue de l'invalidité exprimés sur la base des communiqués de presse parus dans le cadre du développement des quintuplés. Celle-ci a été réalisée pour la première fois le 21 octobre 2010, la qualité des enregistrements vidéo n'étant pas suffisante pour une prise de position univoque.

Le 11 novembre 2010, Mme O.\_\_\_\_\_ a été interrogée dans les locaux d'V.\_\_\_\_\_ en relation avec la décision de l'AI, une petite documentation vidéo à la pertinence cependant limitée montrant que Mme O.\_\_\_\_\_ se déplaçait avec l'aide de deux cannes, sans toutefois les utiliser correctement.

Lors de cette enquête réalisée le 11 novembre 2010, elle a répété pratiquement mot pour mot les restrictions qu'elle avait déjà formulées vis-à-vis de l'inspectrice des sinistres de l'AI le 18 mars 2010, notamment qu'elle avait besoin d'aide pour mettre des sous-vêtements, des chaussettes, des pantalons et des chaussures, l'orthèse et les soins corporels. Elle aurait en permanence besoin de deux cannes, chez elle comme à l'extérieur, car elle ne pourrait pas marcher librement.

Les communiqués de presse et les documentations vidéo à la qualité toutefois insuffisante ayant fait naître des doutes sérieux quant aux restrictions indiquées, une nouvelle observation a été effectuée le 20 janvier 2011.

Le nouveau matériel vidéo est de bonne, voire de très bonne qualité et atteste clairement que les troubles et restrictions indiqués ne correspondent en rien à la réalité. Un rapport d'observation a été fourni.

D'un point de vue médical, les constats objectifs sont un état après arthrodèse (blocage d'une articulation) de la cheville supérieure droite et un état après fracture des plateaux tibiaux côté gauche avec infection de l'articulation après un traumatisme multiple le 18 janvier 2004. Un blocage articulaire de la cheville est généralement bien compensé et il n'en résulte qu'un léger boitement et un pas qui manque un peu de fluidité. Une fracture des plateaux tibiaux (avec gonarthrite infectieuse) entraîne souvent une gonarthrose évoluant lentement avec des symptômes correspondants, tels que douleurs, tuméfaction du genou, mobilité réduite et boiterie compensatoire. La durée de cette évolution varie fortement d'un individu à l'autre et peut aller de quelques années à de nombreuses années. Dans bien des cas, l'articulation du genou des personnes affectées doit être

remplacée par une prothèse, sachant que la pose de cette prothèse est retardée autant que possible pour les personnes (relativement) jeunes.

Dans le cas présent, il faudrait donc s'attendre à une boiterie compensatoire à gauche et à un pas manquant de fluidité à droite.

Les différentes séquences vidéo permettent clairement d'identifier la démarche esquissée ci-dessus, en temps réel pour un œil exercé, mais aussi au ralenti. Le pied droit n'est pas déroulé et donne donc l'impression d'une démarche manquant de fluidité. L'articulation du genou est pleinement mise à contribution et on n'observe aucune action visant à la soulager ni aucune boiterie compensatoire.

La jambe gauche est pleinement mise à contribution au moment de charger la voiture avec les boissons et denrées alimentaires achetées. Elle soulève elle-même deux de ses quintuplés désormais âgés de cinq ans pour les sortir du chariot, malgré la présence de deux accompagnateurs, l'un plus âgé et l'autre plus jeune, tout en détachant son sac à main du chariot pour le ranger dans la voiture en même temps qu'elle y installe l'enfant. Elle monte et descend de voiture sans difficultés. Pendant l'observation réalisée entre 13h et 16h, Mme O. \_\_\_\_\_ conduit trois de ses quintuplés à la crèche dans un [...] et elle se rend ensuite avec deux autres enfants dans trois centres commerciaux différents (...). Elle y donne l'impression d'être assurée et exercée. De retour à son domicile, elle transporte les boissons et la nourriture de la voiture à la maison, Mme O. \_\_\_\_\_ portant sans aucune difficulté et sans boiterie compensatoire les lourdes boissons (18 litres d'eau minérale à chaque fois et 24 litres de lait par voyage), alors que la personne plus âgée qui l'accompagne se contente de décharger la nourriture plus légère. Mme O. \_\_\_\_\_ va ensuite chercher les trois enfants à la crèche.

Au cours de ces trois heures éprouvantes (changer de voiture, amener trois enfants à la crèche, faire des courses pour une famille d'au moins huit personnes dans trois centres commerciaux différents, décharger des boissons et de la nourriture, aller chercher les enfants à la crèche), Mme O. \_\_\_\_\_ n'a jamais eu besoin d'un soutien et encore moins de cannes. Aucune de ces activités ne laisse apparaître de manifestations non verbales de la douleur (boiterie compensatoire, soulagement d'un membre ou expression faciale douloureuse). Elle conduit un monospace sans problème et avec assurance.

Les restrictions de la santé exprimées envers l'inspectrice des sinistres de l'AI et le case manager d'V. \_\_\_\_\_ sont incompatibles avec les activités documentées par vidéo à l'occasion d'une observation le 20 janvier 2011.

Il existe une légère restriction non handicapante dans la cheville droite bloquée, le pied ne pouvant plus être déroulé naturellement.

Aucun signe d'arthrose symptomatique de l'articulation du genou gauche n'est identifiable.

De même, la conduite automobile est fluide, bien que l'assurée ait déclaré qu'elle n'en était plus capable."

Le 13 juillet 2011, l'assurée a été à nouveau convoquée dans les locaux de l'assureur accidents. Il ressort du procès-verbal établi à cette occasion qu'elle a indiqué souffrir d'insomnies, avoir tendance à faire des dépressions, devoir se déplacer avec les cannes, exceptionnellement

porter une orthèse qui lui compresse toute la jambe gauche. Elle a expliqué qu'en raison de ses douleurs, elle ne pouvait plus conduire que dans la région proche de son domicile avec une voiture automatique, qu'elle ne faisait les courses qu'avec l'aide de quelqu'un et ne pouvait plus du tout s'occuper de ses enfants, vu leur poids. Elle a précisé qu'elle n'arrivait pas à porter plus d'une à deux briques d'un litre de lait, mais qu'avec les cannes elle était limitée pour porter. Elle a également déclaré qu'elle devait éviter de se pencher en avant et avait du mal à se baisser pour ramasser quelque chose par terre. Enfin, elle a indiqué ne pas pouvoir marcher plus d'un quart d'heure, toujours à l'aide des cannes ou de l'orthèse, bénéficier de la présence de sa belle-mère et de sa belle-sœur pour s'occuper des enfants, les habiller et les mener au jardin d'enfants ainsi que faire les courses. A la suite de cet entretien, l'assureur-accidents a fait visionner à l'assurée les images vidéo réalisées lors de l'enquête. A l'issue de la séance, elle a retiré sa demande d'allocation d'impotence et a été informée d'une possible révision de son dossier.

Par décision du 30 août 2011, V.\_\_\_\_\_ a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2011, considérant qu'au vu des observations faites par le détective engagé et l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, la reprise d'une activité adaptée à un taux de 100 % était possible, les limitations fonctionnelles déterminées en 2008 n'ayant à ce jour plus lieu d'être.

**C.** Par l'intermédiaire de son avocat Me François Gillard, l'assurée a fait opposition à cette décision le 12 septembre 2011. Elle a requis la restitution de l'effet suspensif et conclu à l'annulation de la décision du 30 août 2011 supprimant son droit à une rente d'invalidité. Elle a en particulier fait valoir qu'une simple séquence vidéo tournée par un détective privé ne suffisait pas pour justifier la révision de son droit à la rente, même si cette séquence avait ensuite été soumise à un médecin conseil. Par ailleurs, elle a allégué que les explications et les remarques qu'elle avait faites à l'occasion du visionnement de la vidéo le 13 juillet 2011 n'avaient pas été entièrement retranscrites au procès-verbal et que le dossier était également lacunaire sur un autre point, puisqu'il n'était fait

mention nulle part du fait qu'elle bénéficiait depuis janvier 2011 d'une orthèse supplémentaire prescrite par un médecin étranger qui lui permettait de marcher sans cannes. Tout en reconnaissant que l'utilisation régulière de cette nouvelle orthèse avait quelque peu amélioré sa situation du point de vue de ses nombreuses limitations fonctionnelles, l'assurée a soutenu qu'il y avait encore de nombreux gestes de la vie quotidienne qu'elle ne pouvait pas faire seule; de ce chef, elle a requis la réouverture de la procédure d'instruction de l'allocation pour impotent. L'assurée a également demandé la production du dossier médical constitué par son médecin traitant le Dr M. \_\_\_\_\_ et que ce dernier soit invité à rendre un rapport médical. Enfin, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale complète, dont l'objet sera de déterminer sa situation médicale actuelle et en particulier l'éventuelle amélioration de son état de santé grâce à l'utilisation régulière de l'orthèse.

Le 11 décembre 2011, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a notamment attesté ce qui suit :

**"Actuellement** : la patiente présente de fortes douleurs au niveau du genou gauche, de la cheville droite, du dos et présente des troubles de l'humeur en forme d'un épisode dépressif moyen chronique, accompagné de troubles du sommeil. Notons encore que la patiente présente une obésité importante avec un BMI de 35 kg/m<sup>3</sup> comme conséquence de sa mobilité réduite et de ses troubles de l'humeur.

Au niveau du **genou gauche**, les douleurs sont quotidiennes, nuit et jour, de force qui varie entre 7 et 9/10, elles sont dépendantes de l'effort physique. La patiente peut marcher avec des cannes environ 5-10 minutes mais les douleurs augmentent de manière très importante, le genou gonfle et devient chaud. Après une telle marche la patiente a de la peine à dormir, doit prendre plus d'anti-inflammatoires et elle est fatiguée. Depuis le début de l'année, la patiente s'est procuré, à ses frais, une orthèse pour le genou gauche qu'elle essaye de mettre tous les jours mais vu la tuméfaction du genou elle n'y arrive pas toujours. La pose d'orthèse lui assure une certaine sécurité et augmente le périmètre de marche de quelques minutes. Les douleurs, tout de même persistent tant la journée que la nuit.

Au **status**, la patiente marche très lentement avec une boiterie importante (une jambe 5 cm plus courte que l'autre, elle porte des chaussures confectionnées spécialement pour elle), le genou est tuméfié, douloureux et limité dans les mouvements (FE 90-0-0), l'appareil ligamentaire est stable. Valgus de 30 cm.

Au niveau de **la cheville droite** (status post arthodèse), les douleurs sont fortes allant de 7-8/10, quotidiennes, la cheville est

gonflée, souvent rouge. Sans anti-inflammatoires la patiente ne pourrait pas utiliser la cheville.

Au **status**, la cheville est tuméfiée, avec des mouvements impossibles, sensible à la palpation.

La patiente présente également des douleurs au **niveau du dos**, qui sont également quotidiennes et sont dépendantes des efforts physiques.

Au **status** : la DDS est de 50 cm, Schober dorsal est de 10/12, les mouvements d'inclinaison : 15 cm des deux côtés, rotations sont limités et douloureux.

Au niveau **psychiatrique** : elle présente des troubles de l'humeur, une anxiété, des angoisses, une insomnie et une fatigue importante. Elle devrait avoir un suivi psychiatrique mais en raison de 5 enfants et le manque de temps elle n'y arrive pas. Les antidépresseurs ont été arrêtés il y a quelques mois surtout en raison du fait qu'elle doit assumer la surveillance de ses enfants avec sa belle-mère.

Les **limitations fonctionnelles** sont très importantes tant **au niveau physique** que psychologique : la patiente ne peut rester assise plus de 5-10 minutes, ne peut pas rester debout plus de 10-15 minutes, ne peut pas marcher sur un terrain irrégulier, ne peut pas monter ni échelles ni escaliers (ascenseur à la maison), ne peut pas s'agenouiller ni s'accroupir, ne peut que de manière occasionnelle et à de brèves périodes porter du poids (10-15 kg), avec une forte augmentation des douleurs comme conséquence. Les limitations **fonctionnelles psychiatriques** sont : limitation importante de l'adaptation, limitations importantes de la concentration et de la résistance.

Au vu de ce qui précède, il est clair que sa capacité de travail est de 0 % depuis le 18.04.2004. Une quelconque augmentation de sa capacité de travail, dans ces conditions, est impensable."

Par décision sur opposition du 16 décembre 2011, V. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision de supprimer la rente d'invalidité de l'assurée à compter du 11 septembre 2011. L'assureur accident a notamment considéré que les mesures de surveillance mises en place avaient permis de collecter de nouvelles preuves pour l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, que les changements constatés quant à la mobilité, au port de charge et à la conduite automobile de l'assurée étaient importants par rapport à la décision de rente dans la mesure où les preuves justifiaient une pleine capacité de travail, de sorte que la révision était justifiée (17 LPGA), d'autant que ces preuves avaient été soumises à l'expertise de son médecin conseil. Pour le surplus, il a estimé que l'état de fait déterminant était suffisamment établi et que des mesures d'instruction complémentaire, telles qu'une expertise médicale n'étaient pas nécessaires. S'agissant enfin de l'observation de l'assurée par un détective privé, il a relevé qu'un tel procédé était autorisé pour autant qu'il respecte l'art. 36 Cst.; il a également fait valoir qu'une telle

observation trouvait son fondement légal dans les art. 28 al. 2 LPGA - qui prévoit une obligation de renseignement générale de l'assuré - et 43 al. 1 LPGA - qui dispose que l'assureur est tenu de mettre en œuvre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les informations indispensables. En conclusion, il a relevé que les preuves offertes par l'opposante ne pouvaient pas l'amener à modifier son opinion sur ce cas de fraude, que les faits retenus n'apparaissaient pas manifestement inexacts ou incomplets et que le droit d'être entendu de l'assurée n'avait pas été violé par cette appréciation anticipée des preuves.

**D.** Par acte du 17 janvier 2012, O.\_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A titre provisionnel, elle a requis la restitution de l'effet suspensif. Au fond, elle a conclu principalement à la réforme en ce sens que son droit à une rente entière perdure après le 1<sup>er</sup> septembre 2011. En conséquence, elle a conclu à ce qu'ordre soit donné à V.\_\_\_\_\_ de lui verser à nouveau une rente entière d'invalidité, y compris les rentes pour enfants d'invalidité ainsi que la rente de deuxième pilier. Enfin, elle a conclu à ce qu'ordre soit donné à l'assureur accidents de reprendre l'instruction de sa demande tendant à l'octroi d'une allocation pour impotence. A titre subsidiaire, la recourante a conclu à l'annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision s'agissant de son droit à une rente. Elle fait valoir en particulier la violation de son droit d'être entendue, en ce sens notamment que la possibilité de se faire assister d'un mandataire professionnel ne lui pas été offerte durant l'instruction (entretien du 13 juillet 2011) et que sa demande d'être entendue durant la procédure d'opposition aux fins de compléter et de rectifier certains faits de son dossier n'a pas été acceptée. La recourante reproche à l'intimé l'absence "d'une expertise menée contradictoirement", fait état de pressions exercées sur sa personne par l'intimé lors de l'entretien du 13 juillet 2011 et d'une appréciation arbitraire des faits. A titre de mesures d'instruction complémentaire, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale, la production du dossier complet de l'AI, l'audition du journaliste du magazine L.\_\_\_\_\_ et sa propre comparution personnelle.

Par écriture du 31 janvier 2012, l'intimé s'est déterminé sur la requête de restitution de l'effet suspensif. Il a ainsi relevé que - comme il était indiqué en page 6, dernier paragraphe de la décision sur opposition litigieuse - seule la rente AI était versée à l'assurée pour son invalidité alléguée et pour ses cinq enfants, rente qui relevait de la compétence de l'OAI. Il a rappelé que lui-même n'avait versé que des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2007, date de la décision d'octroi de rente d'invalidité LAA. Dite rente étant complémentaire à celle de l'AI, l'intimé n'avait pas eu à verser de rente LAA, puisque l'AI en versait une. Cela étant, la recourante continuait de toucher la rente AI et ce aussi longtemps que cette assurance n'aurait pas rendu de décision l'annulant. La requête de restitution de l'effet suspensif était donc inutile, la décision litigieuse ne concernant que la rente d'invalidité LAA et pas la rente AI.

Par ordonnance du 16 février 2012, la juge instructeur de la Cour de céans a prononcé que la demande de restitution de l'effet suspensif était sans objet et que les frais et dépens suivaient le sort de la cause au fond.

Par réponse du 20 février 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours, en faisant entièrement référence à l'argumentation développée dans le cadre de la procédure d'opposition. Pour le surplus, il nie que le droit d'être entendue de la recourante ait été violé et rappelle que, le cas échéant, la Cour de céans disposant d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit, l'éventuelle violation du droit d'être entendu serait réparé en procédure de recours (ATF 134 I 331 cons. 3.1), "ce d'autant plus que les preuves réunies sont tellement évidentes pour démontrer que la capacité de travail de la recourante est pleinement recouvrée". Il relève aussi ne pas distinguer dans le dossier d'autres contradictions que celles existant entre les faits réels observés et les plaintes émises par la recourante. En ce qui concerne l'avis du médecin traitant de la recourante, qui est en complète contradiction avec les observations, l'intimé fait valoir qu'il est démenti par dites observations et que, dans la mesure où une pleine valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les

médecins liés à une assurance sociale – en se référant à l'ATF 122 V 157 notamment –, il doit être pris en compte avec une certaine réserve compte tenu notamment du lien thérapeutique liant ce praticien à sa patiente.

Par écriture du 24 mars 2012, la recourante a confirmé ses griefs et maintenu les conclusions de son recours. Elle a confirmé ses requêtes de mesures d'instruction en précisant qu'elle requérait l'audition du journaliste ayant rédigé l'article paru dans L. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2010 ainsi que celle de la présidente de l'association " [...]", qui était présente lors de chacun des articles parus dans ce magazine.

Par duplique du 24 avril 2012, l'intimé a confirmé son argumentation et maintenu ses conclusions.

A la demande de la juge instructeur, l'OAI a produit le dossier concernant la recourante.

Dans ses déterminations du 4 juillet 2012 faisant suite à la production de son dossier AI, la recourante a indiqué qu'elle maintenait ses conclusions et ses requêtes de mesures d'instruction, en particulier celle tenant à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire tendant à déterminer sa capacité résiduelle de travail compte tenu de la nouvelle orthèse et de ses éventuelles améliorations.

Le 4 février 2013, Me Florence Baillif Métrailler, agissant au nom de la recourante, a déposé une requête d'assistance judiciaire.

Une audience d'instruction complémentaire a eu lieu le 4 mars 2013 sous la présidence de la juge instructeur, au cours de laquelle la recourante, assistée de son conseil, et le représentant de l'intimé ont été entendus. Interpellée par la juge instructeur, la recourante a expliqué qu'elle avait une orthèse depuis juillet 2010. Elle avait commencé à l'utiliser à cette époque-là. Elle ne l'avait pas encore signalée à l'assureur, dans la mesure où elle était en phase d'adaptation. Selon les explications données, son utilisation est limitée à environ 4 heures, le plus souvent à

l'extérieur. Cette orthèse lui permet de faire plus de choses dans le cadre de sa vie privée. Elle utilise ses cannes d'avantage à l'intérieur. En janvier 2011, elle utilisait l'orthèse plus fréquemment, c'est-à-dire tous les jours, notamment pour s'occuper de ses enfants et faire ses courses. Elle n'a pas d'autres activités. L'orthèse est plus pratique car elle permet d'être plus indépendante, mais elle provoque beaucoup de douleurs. Elle a affirmé porter la nouvelle orthèse à l'audience. La recourante a encore expliqué que son ancienne orthèse était très handicapante, car elle montait jusqu'à la hanche, ce qui permettait de soulager le poids au niveau du genou et de la cheville. Elle n'était pas satisfaite. Cette orthèse se mettait sous un pantalon. Il y avait des barres métalliques de chaque côté de la jambe. Le genou était bloqué, de sorte qu'il n'était pas possible d'avoir une position autre que debout car la jambe devait rester raide. La nouvelle orthèse possède des bandes velcro. Elle a deux barres métalliques de chaque côté de la jambe qui soutiennent le genou, avec un cercle qui se bloque à 45° au niveau du genou pour éviter les "lâchages". Elle a confirmé que cette nouvelle orthèse lui permettait de bouger le genou, de se déplacer sans canne, d'avoir les mains disponibles, et d'avoir une autonomie de 4 heures au maximum selon l'importance de l'effort fourni. Elle a relevé que les conséquences du port de cette orthèse étaient le gonflement du genou, des douleurs intenses et des blessures au niveau de la cuisse et du mollet suite au frottement des barres métalliques sur la jambe, ainsi que des hématomes. La recourante a indiqué qu'elle avait eu le sentiment de pressions de la part de l'assureur accidents lors de l'entretien du 13 juillet 2011, en ce sens qu'elle a fait beaucoup d'expertises où elle entendait régulièrement qu'elle devait faire des efforts supplémentaires pour aller mieux. Exposant que la demande pour l'allocation d'impotence avait été déposée sur le conseil de l'assurance-invalidité, elle a indiqué que, lors de l'entretien avec l'assureur accidents en juillet 2011, elle avait eu le sentiment subjectif d'avoir une certaine pression pour signer le procès-verbal. Sur question de la juge instructeur, la recourante a déclaré avoir été conduite en voiture par son père au Tribunal. Elle a indiqué qu'elle était ouverte à la reprise d'une activité professionnelle pour autant que ses limitations fonctionnelles soient respectées. Le conseil de la recourante, Me Baillif Métrailler, a relevé que les séquences vidéo avaient

été interprétées favorablement par l'intimé, que leur visionnement ne permettait pas de conclure à l'absence de tout handicap, d'autant que les observations avaient été faites pendant quelques heures. Elle a en outre expliqué que la recourante portait son orthèse lors de l'observation d'octobre 2010 et qu'en janvier 2011, elle commençait à s'y habituer, raison pour laquelle on la voyait évoluer avec plus d'aisance. A propos de la séquence de janvier 2011, le conseil de la recourante a encore précisé que sa mandante n'avait jamais affirmé qu'elle ne pouvait rien porter, que c'est seulement lorsqu'elle avait ses cannes qu'elle ne pouvait pas porter de charge compte tenu du fait qu'elle avait les mains prises. Sur question de la juge instructeur, la recourante a précisé qu'elle faisait les courses un jour par semaine, jamais seule, toujours accompagnée de sa belle-sœur ou de sa belle-mère. Le représentant de l'intimé a rappelé qu'un médecin, le Dr K. \_\_\_\_\_, avait étudié les vidéos issues de l'observation et qu'il n'avait pas noté de grimace particulière attestant de douleurs ou le fait que la recourante déchargeait son poids sur une seule jambe. Le représentant de l'intimé a également relevé que c'était seulement à partir du moment où l'assureur accidents lui avait montré les images vidéo que la recourante avait admis avoir des limitations fonctionnelles moins importantes. Il a confirmé que l'assurée n'avait pas fait l'objet d'un examen clinique par le Dr K. \_\_\_\_\_, qui s'était basé sur le dossier pour se prononcer sur sa capacité de travail. Enfin, il a soutenu, en se référant aux arrêts 8C\_272/2011 du 11 novembre 2011 et 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009, que la jurisprudence admettait qu'un médecin évalue la capacité de travail d'un assuré sur la base d'images vidéo. Le conseil de la recourante a pour sa part cité l'arrêt U 316/06 du 6 juillet 2007. La recourante a encore indiqué qu'elle avait arrêté la physiothérapie et qu'elle n'était plus suivie que par le Dr M. \_\_\_\_\_. Répondant à une question du représentant de l'intimé, la recourante a précisé qu'elle n'avait pas jugé nécessaire d'avoir l'orthèse lors de l'entretien du mois de novembre 2011, n'en ayant pas parlé avant à l'assureur. Elle a déclaré qu'elle était venue avec ses cannes, car elle avait déjà porté son orthèse dans la journée. Lors de l'entretien du 13 juillet 2011, elle n'a pas non plus indiqué à l'assureur qu'elle portait une nouvelle orthèse et est venue également avec des cannes.

Par décision du 12 mars 2013, la juge en charge de l'instruction devant la Cour de céans a refusé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans ses déterminations du 26 avril 2013, l'intimé s'est exprimé sur la question de l'expertise sur dossier et sur les contradictions relevées entre les propos de l'assurée et ce qui a été observé par le détective. Il a en outre produit la traduction du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_.

Par déterminations du 30 avril 2013, la recourante a en particulier rappelé que le droit d'être entendu supposait de pouvoir participer à l'administration des preuves essentielles et de se déterminer sur l'une ou l'autre de ces dernières. Elle a critiqué la méthode utilisée par le Dr K.\_\_\_\_\_, qui avait renoncé à l'examiner et à l'entendre et a confirmé ses conclusions.

Par écriture du 14 juin 2013, communiquée pour information à la recourante, l'intimé s'est encore exprimé sur l'argumentation de cette dernière.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

**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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2. a)** 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 (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c).

En l'espèce, seule la question de la procédure de révision et de la suppression subséquente de la rente LAA de la recourante à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2011 sera examinée dans le cadre du présent recours. La conclusion relative à la réouverture de la procédure concernant l'allocation d'impotence, qui ne fait pas l'objet de la décision attaquée, est pour sa part irrecevable.

**3.** La recourante se plaint de la violation de son droit d'être entendue, dès lors que la possibilité de se faire assister d'un mandataire professionnel ne lui pas été offerte durant l'instruction de la procédure de révision, notamment lors de l'entretien du 13 juillet 2011, et que sa demande d'être entendue durant la procédure d'opposition aux fins de compléter et de rectifier certains faits de son dossier n'a pas été acceptée.

**a)** La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (ATF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

**b)** En l'espèce, il sied de constater que dans le cadre de son recours par devant la Cour de céans, laquelle possède plein pouvoir de cognition, la recourante a eu la possibilité de prendre connaissance de l'ensemble des pièces de son dossier ainsi que du dossier de l'AI, de se faire assister d'un avocat, de fournir toutes les explications qu'elle jugeait utiles quant à sa situation médicale, notamment en ce qui concerne l'usage d'une nouvelle orthèse et les conséquences que celui-ci a ou n'a pas eues sur les limitations fonctionnelles résultant de son accident. La

recourante a également pu faire valoir ses arguments dans le cadre des échanges d'écritures et plus particulièrement lors de l'audience du 4 mars 2013. Force est par conséquent de considérer qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendue a été réparée, raison pour laquelle la décision litigieuse ne saurait être annulée pour ce motif.

**4. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références). En effet, c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conforme au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente.

En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 et les arrêts cités) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le

choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b p. 199).

**b)** 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 (ATF 137 I 327 consid. 7.1 p. 337; TF 8C\_434/2011 arrêt 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 (voir à ce sujet : Margit MOSER-SZELESS, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale in SZS/RSAS 57/2013 pp. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves, leur valeur probante n'étant ni supérieure ni inférieure à un autre moyen de preuve (MOSER-SZELESS, op. cit., p. 153; voir aussi : TF 8C\_830/2011 arrêt du 9 mars 2012 consid. 6.5). Le rapport et les enregistrements d'un détective privé ne sont toutefois assortis de valeur probante que pour autant qu'ils aient été obtenus de façon licite et qu'ils portent sur des activités que l'assuré a exercées sans influence de la personne chargée de la surveillance (MOSER-SZELESS, op. cit., p. 153; cf aussi : ATF 135 I 169 consid 5.7; TF 8 C\_272/2011 arrêt du 11 novembre 2011).

**5.** En l'espèce, il ressort sans conteste du dossier, et en particulier des observations faites dans le cadre des filatures effectuées sur mandat de l'intimé que, du point de vue orthopédique, l'état de santé de la recourante s'est amélioré entre le moment où la décision d'octroi de la rente d'invalidité LAA a été rendue, le 15 janvier 2008, et l'époque précédant la décision de révision litigieuse du 30 août 2011. Force est de

constater en effet que les limitations fonctionnelles admises notamment par les experts du CEMed (rapport du 23 février 2007) peu de temps avant que ne soit prise la décision d'octroi d'une rente LAA de 62 % (le 15 janvier 2008), à savoir une activité professionnelle sédentaire (en position assise), à un taux de 40 à 50 %, sans port de charges au-delà de 5 kg, avec une possibilité de pause toutes les 30 à 60 minutes, d'une durée de 5 à 10 minutes en raison des rachialgies, ne sont plus avérées lors de la décision de révision. Cela ressort en particulier du rapport du DrK. \_\_\_\_\_ du 21 février 2011 dans lequel ce dernier a donné son avis sur les limitations fonctionnelles de l'assurée après avoir visionné les enregistrements de vidéosurveillance. Il a, à cet égard relevé la discordance entre les restrictions alléguées par la patiente à l'enquêtrice de l'OAI en mars 2010 et à l'intimé lors de son entretien du 13 juillet 2011 (usage indispensable des cannes, port exceptionnel d'une orthèse qui lui compresse toute la jambe gauche; impossibilité de conduire un véhicule sauf dans la région proche de son domicile, de s'occuper de ses enfants, vu leur poids, de porter plus d'un litre de lait; éviter de se pencher en avant; avoir du mal à se baisser pour ramasser quelque chose qui est par terre; ne pas pouvoir marcher plus d'un quart d'heure, toujours à l'aide des cannes ou de l'orthèse; besoin de l'aide d'une tierce personne pour habiller et mener les enfants au jardin d'enfants et pour faire des courses) et les activités observées lors des filatures, en particulier lors de celle du 20 janvier 2011. Ainsi, les constatations du Dr K. \_\_\_\_\_ ont mis en évidence que, contrairement à ce à quoi l'on peut s'attendre en raison d'une fracture du plateau tibial avec gonarthrite infectieuse, l'articulation du genou de la recourante était pleinement mise à contribution, sans qu'il ait observé aucune action visant à la soulager, ni aucune boiterie compensatoire ou grimace de douleur. Il a notamment relevé que les images vidéo montraient que la recourante était parfaitement capable de charger ses achats dans sa voiture, de soulever ses enfants, les sortir du chariot et les installer dans la voiture sans l'aide de tiers, de porter des charges importantes (4 six-pack de lait, 18 litres d'eau et un sac de pommes de plusieurs kilos), d'accompagner ses enfants à la crèche, de marcher sans l'aide de cannes et de conduire sa voiture sans restrictions apparentes. Ainsi, si ce médecin admet une légère restriction non invalidante dans la

cheville droite bloquée par arthrodèse, le pied ne pouvant plus être déroulé régulièrement, il n'a pas identifié de signe d'arthrose symptomatique au niveau de l'articulation du genou. Il n'a pu dès lors que constater une discrépance entre les allégations de la recourante et les observations faites sur la base de la vidéosurveillance en concluant que celle-ci rendait peu crédibles les impossibilités et/ou difficultés invoquées, telles que conduire son véhicule automobile, porter des charges, notamment ses enfants ou encore la nécessité de se déplacer avec des cannes ou d'être assistée d'un tiers dans ses activités quotidiennes (comme faire des courses ou s'occuper des enfants).

A cet égard, l'attestation médicale du médecin traitant de la recourante du 11 décembre 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_, qui reprend presque essentiellement les plaintes de sa patiente (douleurs) pour considérer que la capacité de travail de celle-ci est nulle, n'est pas de nature à remettre en cause les observations médicales effectuées par le Dr K.\_\_\_\_\_ sur la base des images de vidéosurveillance et du rapport du détective, soit à un moment où l'assurée ne se savait pas observée.

Reste néanmoins le fait qu'au moment de la prise de la décision d'octroi de la rente LAA, le 15 janvier 2008, l'état psychique de la recourante avait été pris en considération à raison d'un tout petit 30 %, les experts du CEMed estimant toutefois qu'une reprise du travail pourrait avoir un effet thérapeutique (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007, p. 27 in fine). Or, si cet élément ne saurait être évalué sur la base d'un rapport d'observation de vidéosurveillance, il ressort du rapport médical du DrM.\_\_\_\_\_, médecin traitant, que les antidépresseurs ont été arrêtés et qu'elle ne dispose plus d'aucun suivi psychiatrique, faute de temps. Dès lors, il apparaît que les conditions d'une révision de la rente sont réalisées en l'état. Reste à déterminer si l'intimé était en droit, comme il l'a fait, de supprimer la rente LAA de la recourante dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, en considérant que la capacité de travail de celle-ci était totale dans une activité adaptée.

**6. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En assurance accident, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins (art.18 al.1 LAA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_58/2013 arrêt du 22 mai 2013 consid. 3.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur

une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 8C\_510/2009 arrêt du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

**c)** Si la question de la possibilité de procéder à une révision ne fait aucun doute, il apparaît difficile en revanche de suivre l'intimé sur la question du taux de capacité de travail de la recourante, qui a considéré que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'elle n'était même nullement limitée dans un quelconque emploi (cf. décision sur opposition du 16 décembre 2011, p. 15, consid. 6.2). En effet, force est de constater que le Dr K.\_\_\_\_\_ ne s'est pas du tout prononcé sur la capacité de travail de l'assurée, que ce soit dans le cadre d'une activité habituelle ou dans le cadre d'une activité adaptée à son état de santé. Il s'est en effet contenté de constater que les limitations fonctionnelles qu'alléguait la recourante n'étaient pas compatibles avec les observations faites dans le cadre de la vidéosurveillance. L'intimé en a un peu hâtivement déduit que l'assurée avait récupéré toute sa capacité de travail, sans se fonder sur des données médicales. Le Dr M.\_\_\_\_\_ est le seul à s'être prononcé sur la capacité de travail actuelle de la recourante dans le cadre de la procédure d'opposition (attestation médicale du 11 décembre 2011), qu'il considère comme nulle en se fondant sur les nombreuses limitations fonctionnelles décrites par sa patiente. Il ne précise toutefois pas si l'incapacité totale de travail qu'il atteste se rapporte à l'activité habituelle d'aide-soignante de sa patiente ou à une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Compte tenu du fait que les déclarations du médecin traitant de l'assuré

doivent être prises avec réserve compte tenu du rapport thérapeutique qui le lie à son patient (cf. consid. 6b ci-dessus) et qu'en l'espèce, il s'agit en outre de l'appréciation d'un médecin généraliste et non celle d'un spécialiste en orthopédie, on ne saurait lui accorder une pleine valeur probante. Cela étant, il faut constater que l'intimé ne disposait pas des renseignements médicaux pertinents au moment où il a rendu la décision litigieuse. Même si la discrédance entre les allégations de la recourante quant à ses limitations fonctionnelles et les observations de vidéosurveillance est patente, il n'en demeure pas moins que la situation médicale concrète de la recourante doit être investiguée, compte tenu notamment de la nouvelle orthèse de la recourante qui, selon les explications de l'intéressée, si elle lui permet de se déplacer sans ses cannes pendant quelques heures, provoquerait toutefois des tuméfactions, des inflammations et des douleurs qui, si elles sont avérées doivent être prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. L'existence d'une incapacité de travail en raison d'un trouble psychique en lien avec l'accident devra en outre aussi être investiguée, puisqu'une incapacité de travail à raison d'un petit 30 % avait été retenue au moment où la décision d'octroi de la rente a été rendue. Se pose par conséquent la question de la mise en œuvre d'une expertise médicale sur la base de l'art. 44 LPGa aux fins de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante en fonction des limitations fonctionnelles existant encore aujourd'hui – somatiques et psychiques – et de préciser quelle activité adaptée serait exigible. Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans de mettre en œuvre une telle expertise dans la mesure où, en tout état, le dossier est également lacunaire en ce qui concerne l'aspect économique de l'éventuelle activité lucrative adaptée qui pourrait être exigée de la recourante. L'instruction devant également être complétée sur ce point et l'évaluation du degré d'invalidité ressortissant à la compétence de l'intimé (16 LPGa), l'annulation de la décision entreprise et le renvoi de la cause à l'intimé s'imposent.

**7.** Au vu de ce qui précède, la requête de la recourante relative à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne peut qu'être rejetée. Il en va de même en ce qui concerne celle tendant à l'audition de témoins, la

recourante restant libre de présenter une requête en ce sens à l'assureur accidents dans le cadre du complément d'instruction auquel il va devoir procéder.

**8.** En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

La procédure étant gratuite, l'arrêt est rendu sans frais (art. 61 let a LPGA).

La recourante obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel. Elle a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., compte tenu notamment de l'ampleur et de la complexité de la cause, dépens qui sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 décembre 2011 par V.\_\_\_\_\_ est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III.** L'arrêt est rendu sans frais.
  
- IV.** V.\_\_\_\_\_ doit verser à O.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 francs (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Baillif Métrailler, avocate à Monthey (pour la recourante),
- V. \_\_\_\_\_, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :