

FR_GERICHTE 605 2017 208 vom 13. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_208

FR: FR_GERICHTE 605 2017 208 du 13 mars 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 208 del 13 marzo 2018

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

a) En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b). Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (statu quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou

tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (statu quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

E. 3

a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341, consid. 2b/bb). De manière plus générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées). b) En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). A cet égard, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un

expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

E. 4

Est litigieux le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents après le 31 juillet 2017 qui dépend, en l'espèce, de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et certaines des atteintes signalées. a) L'autorité intimée a fondé sa décision sur le rapport de ses médecins d'arrondissement, la Dresse F. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, et le Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans leur rapport commun du 19 juin 2017, ces médecins estiment que les diagnostics de TCC léger, de fracture ouverte de l'os propre du nez, de fracture des dents, de décollement postérieur du vitré avec vertiges à l'œil gauche, de fracture du bassin et de contusion des deux genoux et du fémur sont tous en lien avec l'accident mais ne nécessitent plus aucun suivi. Par contre, à leurs dires, les diagnostics de "douleurs au niveau de l'articulation sacro-iliaque D développées secondairement" et d'"obésité" ne sont pas en lien avec l'accident. S'agissant particulièrement de la problématique de la causalité (naturelle) entre les troubles du rachis et l'accident, les médecins d'arrondissement relèvent qu'il n'y a pas "lésion structurelle de la colonne dorsolombaire liée à l'événement [...] sur la base des radiographies et de l'examen neurologique, avec absence de déficit aux MI ddc" et que "les images ne montrent aucune lésion au niveau sacro-iliaque". Ils estiment par contre que l'origine de ces troubles est souvent rattachée à un contexte maladif, émettant l'hypothèse d'un lien, dans le cas d'espèce,

avec l'obésité de la patiente (dossier SUVA, pièce 352).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 L'on précisera d'emblée que l'assurée avait déjà été examinée à deux reprises par la Dresse F. _____ les 8 février et 6 octobre 2016. Cette dernière y défendait alors déjà la thèse de l'origine malade des troubles du rachis, qu'elle rattachait alors aux comorbidités (obésité, contexte de problématique psychologique) de la patiente (dossier SUVA, pièces 280 et 272). Ceci dit, le raisonnement des médecins d'arrondissement n'est motivé que de manière très sommaire, même mis en lien avec les rapports précédents. En effet, les médecins font uniquement état d'une origine malade des douleurs, évoquant l'éventuelle influence de l'obésité – on la précisera relativement récente, car apparue postérieurement à l'accident –, sans pour autant mentionner d'autre hypothèse. Excessivement peu disert sur cette problématique, le rapport des médecins d'arrondissement doit donc être apprécié avec une certaine prudence. b) Les premières plaintes de la patiente au niveau du rachis remontent à juillet 2014. Dans un rapport du 2 juillet 2014, le Dr H. _____, généraliste, mentionnait la présence de "douleurs du rachis dorsal et lombaire bas" (dossier SUVA, pièce 96; cf. ég. pièce 165). A la même période, le Dr I. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestait également de plaintes à ce niveau (dossier SUVA, pièces 150, 151 et 243). Un suivi spécifique quant à cette problématique n'a cependant commencé qu'en décembre 2014. Le Dr J. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, admettait alors – au demeurant comme les médecins d'arrondissement – qu'aucune lésion n'expliquait la symptomatologie (dossier SUVA, pièces 162 et 248). Le médecin a ensuite précisé qu'il était "vraisemblable qu'un certain déconditionnement [est] responsable des symptômes [...] mais le traitement ambulatoire [...] n'est pas parvenu à renforcer la musculature du rachis", proposant un nouveau séjour à D. _____ au sein de laquelle l'assurée avait déjà séjourné à la suite de l'accident (dossier SUVA, pièce 305). Ce second séjour a été réalisé du 7 février au 29 mars 2017. Dans leurs rapports, les médecins de D. _____ admettaient que "la dorsalgie a une origine musculo-squelettique non spécifique" et que les examens ne faisaient aucunement état d'atteintes à cet endroit, sans pour autant examiner la problématique du déconditionnement soulignée par l'anesthésiologiste. Au contraire, les spécialistes suggèrent la mise sur pied de mesures d'instruction supplémentaire sous la forme d'une IRM "si vraiment il faut trancher par rapport aux séquelles quant à une prise en charge par la caisse-maladie plutôt que la caisse accidents" (dossier SUVA, pièces 339 à 341). Pour sa part, s'étant vu transmettre le dossier, le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteurs, soutenait que "les douleurs au niveau de l'articulation sacro-iliaque D [étaient] à mettre en relation avec la fracture de l'anneau pelvien de janvier 2014". S'agissant des "douleurs paravertébrales dorsales", le médecin indiquait qu'il "n'y [avait] pas d'origine anatomique claire étant donné que l'IRM dorsale n'avait pas montré de signe direct de lésion ou ancienne lésion [...]". Estimant que ces douleurs pouvaient provenir d'une "mauvaise posture en raison de la forte poitrine", il considérait "que le déconditionnement lié au polytraumatisme [pouvait être] co-responsable d'une surcharge de la musculature paravertébrale responsable de douleurs" (dossier SUVA, pièces 260 et 305). Après de nouveaux examens, le médecin a confirmé que "les douleurs proviennent bien de l'articulation sacro-iliaque D" et qu'elles étaient liées à une "dysbalance depuis l'accident", nécessitant un "rebalancement de la statique" (dossier SUVA, pièces 310 et 333).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Il ressort de ce qui précède que les médecins traitants – généralistes et spécialistes – soutiennent, lorsque cette question est expressément traitée, que les troubles du rachis sont en lien de causalité avec l'accident du 14 janvier 2014. A tout le moins attestent-ils de l'existence d'une causalité partielle. La thèse des médecins d'arrondissement, qui plus est peu motivée, est dès lors isolée et ne peut être confirmée sur la base des autres pièces au dossier. Il existe dès lors un doute quant à la pertinence de leurs propos. c) En présence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, ceux-ci devraient être levés par le biais d'une expertise, laquelle aurait pour charge de départager les deux avis. Une jurisprudence récente du TF paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un "doute à tout le moins léger" (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4). Même si cette jurisprudence pourrait remettre en cause le principe de la vraisemblance prépondérante ici applicable, on ne saurait l'ignorer. Dans le présent cas, l'OAI a déjà mandaté un expert rhumatologue, le Dr E. _____ (cf. dossier recours, pièce transmise le 2 février 2018). Dans son expertise du 16 décembre 2016, celui-ci diagnostiquait notamment un "syndrome dorso- lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie" et une "probable instabilité vertébrale sur déconditionnement de la musculature profonde, status post fracture des branches ischio et ilio-pubiennes, aileron sacré D post traumatique du 14.01.2014, actuellement consolidé". L'expertise se fondait sur l'étude du dossier asséculo-logique de l'assurance-invalidité de sorte qu'il peut être admis que l'expert possédait une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical, ceux-ci étant présentés de manière claire et exhaustive. L'expert avait en outre rencontré l'assurée le 16 décembre 2016 pour un entretien. A cette occasion, celle-ci avait pu s'exprimer sur ses douleurs, plaintes qui avaient été retranscrites et prises en compte. Il a été procédé à un examen complet de l'assuré, l'expert ayant notamment relevé l'absence de signe de non-organicité ou de baisse du seuil de déclenchement de la douleur. Partant, la Cour retient que cette expertise est fondée sur des examens complets, l'expert ayant par ailleurs également statué en connaissance du contexte professionnel, économique, familial et social de la recourante. Il expliquait de manière détaillée les motifs et les critères sur lesquels elle a fondé ses conclusions. Ainsi, s'agissant de la problématique de la causalité naturelle, il était d'avis que le syndrome dorso- lombaires n'avait initialement pas une origine traumatique, mais était lié à une "probable instabilité rachidienne, due à un déconditionnement". Suite à l'accident, l'assurée ayant vu sa mobilité diminuer, ce déconditionnement s'était "probablement" accentué de même que les douleurs. L'expert évoquait dès lors l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 14 janvier 2014 et des troubles dorso-lombaires préexistants, en ce sens que l'accident n'avait pas produit lui-même l'atteinte préexistante mais avait donné naissance à l'une des conditions – le déconditionnement musculaire – ayant conduit à son aggravation. Contrairement au déconditionnement, la "surcharge

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 pondérale" ne constituait cependant pas un diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Certes, l'expert indiquait-il que ce lien n'était que "probable". Mais il faut cependant admettre l'existence d'une causalité au degré de la probabilité, dès lors que celle-ci confine à la vraisemblance prépondérante. A cet égard, il y a lieu de faire remarquer que l'expert avait à sa disposition la thèse défendue par les médecins d'arrondissement de la SUVA (cf. point: "affections actuelles") selon laquelle les douleurs musculaires n'étaient pas liées à l'accident. En particulier, dans son rapport du

E. 8

février 2016, la Dresse F._____ affirmait déjà que les troubles du rachis devaient "être vus dans le contexte de douleurs lombalgies chroniques classiques, souvent chez des patients avec des comorbidités d'obésité et dans un contexte de problématique psychologique" (cf. dossier SUVA, pièce 280). C'est donc en toute connaissance de cause que l'expert s'était écarté de cette thèse, estimant l'hypothèse d'une causalité naturelle, à la fois partielle et indirecte, plus vraisemblable. Ainsi, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'expert dûment motivées. Entre deux thèses, l'expert neutre mandaté par un autre assureur social a tranché et choisi celle qui lui semblait la plus vraisemblable, soit celle défendue par le Dr J._____ et le Dr K._____, thèse qui prend d'ailleurs tout son sens si l'on se réfère au jeune âge de la recourante déjà atteinte d'une arthrose dont on peut bien penser qu'elle a été précipitée par l'accident qui a fracturé son bassin. Dès lors que le rapport d'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante et peut être suivi par la Cour, sans que celle-ci, dans le sens toujours de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, n'ait à mandater un expert, ce qui risquerait au demeurant d'alimenter plus encore l'existence d'un "doute à tout le moins léger" si l'opinion de ce nouvel expert venait encore enrichir le tableau médical de subtiles variations. d) La Cour conclut dès lors qu'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'accident du 14 janvier 2014 et les troubles du rachis. Sur ce point, les arguments de la recourante sont ainsi bien fondés. 5. Reste à examiner si ce lien de causalité a éventuellement été rompu (statu quo sine vel ante). a) Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (statu quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (statu quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références). b) Dans son rapport d'expertise, le Dr E._____ relevait que "la diminution des capacités fonctionnelles due à la santé réside essentiellement dans le syndrome dorso-lombo-vertébral [...]". S'il estimait qu'il "n'y a pas de signe de non organicité ou de signe parlant en faveur du seuil de déclenchement à la douleur", il remarquait qu'on "assiste à une chronicisation de [la] symptomatologie douloureuse qui ne peut être expliquée par le status fracturaire qui actuellement est consolidé, ni par des lésions radiologiques sous-jacentes": L'expert constatait ainsi que le bilan radiologique ne signalait aucune anomalie, au même titre au demeurant que le Dr K._____, le Dr J._____ et les médecins de D._____ (cf. dossier SUVA, pièces 260, 305, 310, 333, 339 à 341). Cependant, s'agissant du déconditionnement, l'expert signalait que "dans les soins post opératoires post traumatiques de janvier 2014, [...] peu d'efforts ont été mis sur les exercices de stabilisation. Celle-ci a probablement été exacerbée. Dès lors il serait opportun

[que la patiente] puisse bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique régulière, et ce dans le but de stabilisation avec reconditionnement de la musculature profonde". Il constatait ainsi que la musculature – les douleurs ayant été exacerbées suite aux opérations et à l'alitement – n'avait toujours pas retrouvé l'état qu'elle présentait avant l'accident. Partant, l'expert admet – implicitement – que le statu quo ante n'est toujours pas atteint. C'est ce que soulignait au demeurant le Dr K. _____ dans son rapport du 19 janvier 2017. Il indiquait ainsi qu'un "rebalancement de la statique va prendre du temps", proposant un "traitement par chiropractie d'une durée d'un an au minimum" (dossier SUVA, pièce 333). Partant, la Cour retient que le statu quo n'a pas encore été atteint. Le cas est dès lors toujours de la responsabilité de la SUVA. 6. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition du 21 août 2017 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour poursuite de la prise en charge jusqu'à nouvelle évaluation médicale. 7. a) En application de la gratuité de la procédure valant en la matière (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. b) Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Le 2 février 2018, son mandataire a présenté sa liste de frais. Celle-ci se monte à un total de CHF 4'313.95, soit CHF 3'804.20.- (913 minutes à CHF 250.-) au titre d'honoraires, CHF 190.20.50 au titre de débours forfaitaires (5%) et 319.55 au titre de la TVA (8%). Cependant, cette liste fait figurer des opérations les 8 et 9 août au 21 août 2017, soit préalablement à la décision litigieuse, pour plus de 5 heures.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 En outre, il y a lieu de réduire le forfait calculé au titre de débours, l'usage d'une telle méthode de calcul étant prévu en procédure civile et non pas administrative (cf. arrêt TC 608 2015 159 du 16 novembre 2016; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). Les débours sont dès lors fixés ex aequo et bono à CHF 100.-. Partant, la Cour fixe à 10 heures (au tarif horaire de CHF 250.-) le temps nécessaire au traitement de ce dossier ainsi qu'à CHF 100.- les débours engagés. Cela correspond à un montant total de CHF 2'600.-, dont CHF 85.- pour les prestations postérieures au 1er janvier 2018. Pour sa part, la TVA se monte à CHF 207.70, soit CHF 201.20 à 8% (CHF 2'515.- x 8%) et CHF 6.50 à 7.7% (CHF 85.- x 7.7%). Cette somme, d'un total de CHF 2'807.70, est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe. la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour poursuite de la prise en charge jusqu'à nouvelle évaluation médicale. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué à la recourante une indemnité de partie, fixée à CHF 2'807.70, dont CHF 207.70 au titre de la TVA (7.7% et 8%), mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 13 mars 2018/pte Président Greffier-rapporteur