

FR_GERICHTE 605 2018 23 vom 22. Juli 2019

FR Kantonsgericht, 2019-07-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_23

FR: FR_GERICHTE 605 2018 23 du 22 juillet 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 23 del 22 luglio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 21

mars 2012. C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 17 janvier 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), indiquant souffrir de "multiples fractures au bassin avec complications neurologiques". L'OAI lui a reconnu le droit à la prise en charge d'une adaptation de son véhicule. En outre, elle s'est vu prendre en charge des entraînements progressifs au sein de E._____, à des taux de 25% à 60%, du 3 septembre 2012 au 26 mai 2013. Enfin, d'août 2013 à juillet 2017, l'OAI a soutenu son assurée dans sa formation CFC d'employée de commerce de type B dans le cadre d'un apprentissage, formation effectuée à un taux de 60% entre août 2013 et juillet 2017 au sein de E._____. Le 1er août 2017, l'assurée a commencé une activité de secrétaire-réceptionniste auprès de F._____ à un taux de 50%. Par décision du 6 décembre 2017, reprenant un projet du 11 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestation sur la base d'un degré d'invalidité de 36.59%. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me René Schneuwly, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 26 janvier 2018, concluant à l'octroi d'un quart de rente. A l'appui de son recours, elle conteste d'abord le revenu de valide, basé sur statistiques, se prévalant du salaire qu'elle percevait auprès de son ancien employeur. Elle se plaint ensuite de ce que l'OAI n'ait pas fondé son revenu d'invalidé sur la base de son salaire réel de secrétaire- réceptionniste à 50% au sein de F._____. Le 13 février 2018, l'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 23 mars 2018, l'OAI indique qu'une nouvelle décision, annulant et remplaçant celle du 6 décembre 2017, a été rendue le même jour. Il y rejette, à nouveau, la demande de rente déposée par l'assuré, se fondant, cette fois-ci, sur un degré d'invalidité de 13.57%. Cette nouvelle décision se fonde sur les expertises diligentées par l'assureur-accidents, C._____. Dans leurs rapports du 8 et du 19 décembre 2017, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, et le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, concluent à l'existence d'une pleine capacité de travail totale sur le plan orthopédique et à une diminution de rendement de 30% sur le plan neurologique.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 19 E. Par écritures du 28 mars et du 5 avril 2018, transmises à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assurée s'est opposée à cette nouvelle décision, y joignant de nouveaux rapports médicaux. Ces écritures ont été complétées par un second mémoire, dit de "recours", du 8 mai 2018 dirigé contre la décision du 25 mars 2018. Le même jour, la recourante requiert (605 2018 130) l'octroi de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me René Schneuwly, avocat, soit désigné défenseur

d'office depuis le 11 décembre 2017, date de la notification de la décision du 6 décembre 2017. Dans ses ultimes remarques du 28 mai 2018, se référant aux conclusions des deux experts, l'OAI propose le rejet du recours. Le 27 juin 2018, l'assurée s'est spontanément déterminée sur ces ultimes remarques, rappelant avoir "expressément sollicité un droit d'être entendue". Le 31 juillet 2018, l'OAI a transmis à la Cour une copie d'un rapport d'observation du 15 mai 2018 ainsi que d'un rapport du service de lutte contre la fraude à l'assurance de l'assureur responsabilité civile de la conductrice responsable de l'accident du 17 septembre 2011. Le 12 septembre 2018, l'assurée s'est déterminée sur cette nouvelle pièce. Des débats publics ont eu lieu le 3 juillet 2019. A cette occasion, l'assurée a décrit l'impact de ses troubles sur sa vie, notamment des douleurs importantes et des limitations fonctionnelles qui l'empêchent de vivre comme par le passé, mettant en évidence ses efforts pour maintenir une autonomie malgré ses douleurs. Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 1.1 Le 23 mars 2018, l'OAI a rendu une "décision", laquelle annulerait et remplacerait sa précédente décision du 6 décembre 2017, se fondant sur l'institution de la reconsidération. L'on peut légitimement se poser la question de savoir si les conditions de la reconsidération sont ici remplies. En effet, quand bien même les conditions prévues à l'art. 53 al. 2 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ne doivent pas être réalisées pour que l'assureur puisse réexaminer sa décision pendente lite (art. 53 al. 3 LPGA), cette institution doit être utilisée avec retenue et ne doit, en particulier, pas restreindre les droits procéduraux de la partie recourante (cf. ATF 127 V 228 consid. 2b7bb). L'on peut aussi se demander si cette nouvelle "décision" ne viole pas le droit d'être entendu de la recourante, laquelle n'a pas été préalablement informée – notamment par le biais d'un nouveau préavis – de l'intention de l'autorité intimée de rendre une nouvelle décision en sa défaveur, qui plus est en se fondant sur de nouveaux rapports médicaux. Quoiqu'il en soit, l'art. 53 al. 3 LPGA permet certes à l'assureur de reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours. Toutefois, lorsque la nouvelle décision est rendue pendente lite et entraîne une péjoration de la situation juridique d'un assuré, elle ne saurait revêtir la force matérielle d'une décision administrative. Selon la jurisprudence, une telle décision ne met pas fin au litige et doit être considérée comme une simple proposition faite au juge par l'une des parties au procès

Tribunal cantonal TC Page 4 de 19 (cf. ATF 109 V 234 consid. 2 sv.; VSI 1994 p. 281 consid. 4a et les références; voir également arrêts TF H 142/06 et 145/06 du 8 juin 2007, H 36/06 et H 37/06 du 5 juin 2006, I 450/04 du 6 octobre 2005 et H 41/02 du 19 août 2002). Celui-ci doit alors donner à l'assuré la possibilité de se déterminer au préalable au sujet du prononcé et, s'il entend suivre la proposition, l'informer de la faculté de retirer, cas échéant, son recours, pour éviter de se retrouver dans une situation plus désavantageuse à l'issue du procès (MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, art. 53 n. 108). En l'occurrence, la nouvelle "décision" du 23 mars 2018 a été rendue au détriment de la recourante. Quand bien même le dispositif demeure inchangé, elle entraîne une péjoration de sa situation, puisque son degré d'invalidité est passé de 36.59% à 13.57%. Une telle décision est nulle (cf. MOSER-SZELESS, op. cit., art. 53 n. 109) et doit être interprétée comme une proposition de jugement. Pour rappel, le tribunal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA). L'on signale, quoi qu'il en soit, que la recourante a contesté ce prononcé par le biais d'un nouveau "mémoire de recours" le 8 mai

2018 ainsi que dans le cadre de ses interventions postérieures. 1.2. Cela étant, le recours contre la décision du 6 décembre 2017 est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 3. 3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, 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. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 3.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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. 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). 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). En outre, 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).

3.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

3.4. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations

d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 4. Si l'évaluation médicale n'était initialement pas contestée par les parties, tel n'est plus le cas suite à la "décision" du 23 mars 2018. En effet, l'assurance-invalidité a, à cette occasion, produit en procédure l'expertise bidisciplinaire (neurologie et orthopédie) du Dr G._____ et du Dr H._____. Dans leurs rapports du 8 et du 19 décembre 2017, les deux experts présentent des conclusions qui s'écartent à première vue des autres avis au dossier. A ce stade, l'on doit relever que ce revirement laisse penser que la décision du 6 décembre 2017 a été rendue alors que l'ensemble des investigations médicales n'avaient pas été faites. A tout le moins, il met d'emblée en doute la relevance du dossier à disposition à l'époque. Cela étant, si les deux rapports sont datés postérieurement à la décision (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2), les examens des deux experts sont antérieurs à celle-ci, de même que les rapports médicaux sur lesquels ils se basent. De facto, ces expertises attestent donc d'éléments qui entrent dans l'état de fait déterminant et peuvent, dès lors, être intégralement prises en compte dans le cadre du présent jugement, d'autant plus que la recourante a finalement eu tout loisir de se prononcer sur ces expertises dans le cadre d'un nouveau "recours" qui a été intégré comme une écriture complémentaire dans la présente procédure. 4.1. Le volet neurologique de l'expertise a été confié au Dr G._____, lequel a rendu son rapport du 8 décembre 2017 (dossier OAI, p. 808).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 Le neurologue diagnostique un "status après accident de la voie publique à moto le 17.09.2011 ayant entraîné une fracture complexe du bassin et une entorse externe de la cheville gauche", un "status après ostéosynthèse de l'hémi-bassin droit s'étant compliquée d'une lésion iatrogène sévère du tronc du nerf sciatique droit", des "cervico-lombalgies sans substrat neurologique objectivable mais pouvant correspondre à des douleurs induites par les dysbalances musculaires et des facteurs tensionnels" et une "probable irritation du nerf médian au tunnel carpien ddc". Selon lui, seuls les deux premiers diagnostics sont en lien de causalité à tout le moins probable avec l'accident du 17 septembre 2011 alors que les deux derniers devraient être précisés "par un spécialiste de médecine physique et un psychiatre". S'agissant "uniquement des séquelles neurologiques de l'événement accidentel", les activités de styliste unguéale et d'employée de commerce sont adaptées et exigibles à plein temps, compte tenu d'une perte de rendement de 30%. Il cite les limitations fonctionnelles suivantes: une activité se déroulant en position debout, les déplacements longs ou fréquents à pied, que ce soit à plat, en montée ou en descente, la montée/descente d'escaliers et la montée/descente d'échelles, la fatigue ainsi que les troubles de la concentration liés aux douleurs du membre inférieur droit, de même que le handicap aux déplacements, même sur de courtes distances, secondaires à l'atteinte du nerf sciatique. Quant au volet orthopédique, celui-ci a été confié au Dr H._____ qui a rendu son rapport le 19 décembre 2017 (dossier OAI, p. 775). L'orthopédiste fait état de nombreux diagnostics, dont notamment un "status après accident de la voie publique à moto le 17.09.2011 ayant entraîné une fracture multifragmental [... ainsi qu'une] entorse externe de la cheville gauche" et un "status après ostéosynthèse de l'hémibassin droit [...]". Selon lui, sur le plan orthopédique, "aucune limitation du temps de travail, ni de baisse de rendement ne se justifie. En effet, si cela doit être le cas sur le plan accidentel, cette réduction va dépendre des troubles neurologiques séquellaires du MID et donc de l'expertise" du Dr G._____. Les rapports des deux experts se fondent sur le dossier de l'assurance-accidents, ce qui leur a permis d'avoir une pleine connaissance du cas. En outre, ils ont procédé tous deux à leur propre examen de l'assurée le 30 octobre 2017. Lors de ces

entretiens avec les experts, celle-ci a eu la possibilité de décrire ses limitations et ses douleurs, notamment au niveau de la jambe et du pied. Pour leur part, les deux experts ont pu procéder à un examen orthopédique et neurologique complet, à l'issue duquel ils ont pu se forger leur opinion. Ainsi, ces deux expertises semblent a priori posséder une pleine valeur probante s'agissant des critères formulés par le Tribunal fédéral. C'est, en tout cas, ce qu'affirme le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional des offices AI (SMR) dans un rapport du 6 mars 2018 (dossier OAI, p. 854). 4.2. Les conclusions des deux experts ne se recoupent pas totalement avec celles du Dr J. _____, spécialiste en neurologie, mandaté deux ans plus tôt par l'assurance-accidents et dont le rapport du 13 octobre 2015 (dossier OAI, p. 872) a été produit par la recourante postérieurement à la décision contestée. Cet expert faisait état de diagnostics proches de ceux évoqués par les deux experts aujourd'hui, évoquant notamment les suites de la fracture au bassin et l'existence d'une entorse à la cheville. A l'instar des deux experts, il estimait aussi que, sur le plan strictement orthopédique, une reprise complète du travail était concevable, seule l'atteinte neurologique étant incapacitante. En revanche, contrairement aux précités, il considérait que l'activité d'employée dans un institut de beauté n'était plus adaptée dès lors que l'assurée ne pouvait plus se maintenir debout ou assise

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 de façon prolongée. En outre, il pensait qu'une capacité de travail de 60% pouvait être atteinte dans une activité adaptée. Une telle activité devait être un travail administratif, sans effort physique, permettant les changements de position fréquents ainsi que des restrictions dans le port de charge (moins de 5 kg) et les déplacements. Il y a donc une différence d'évaluation de la capacité de travail dans l'activité d'employée d'un institut de beauté ainsi que dans une activité adaptée. Alors que les deux expertises font globalement état de limitations semblables, le Dr J. _____ atteste d'une incapacité de travail de 40% en octobre 2015 quand les Drs G. _____ et H. _____ estiment qu'elle n'est que de 30% en décembre 2017. Cette différence d'appréciation n'est pourtant nullement expliquée par les deux médecins interrogés dans un second temps. En particulier, elle ne semble pas liée à une évolution de l'état de santé ou à l'écoulement du temps dès lors que tous deux considèrent que la situation est stabilisée depuis le printemps 2014, soit bien avant l'examen du Dr J. _____. Tout au plus la Cour relève-t-elle que le Dr G. _____ utilise le conditionnel ("capacité de travail dans l'activité actuelle pourrait atteindre 70%"), ce qui pourrait tendre à l'évocation d'un maximum théorique. Dans ces circonstances, l'on ne peut appréhender les conclusions des Drs G. _____ et H. _____ que comme une appréciation différente d'un même état de fait, laquelle ne met pas en évidence une quelconque évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2015. Or, l'expertise du Dr J. _____ remplit les critères du Tribunal fédéral pour lui voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, le neurologue s'est fondé sur le dossier mis à sa disposition par l'assurance-accidents ainsi que sur un entretien avec l'assurée. A cette occasion l'expert a cité les plaintes de l'assurée. Cette dernière faisait alors état des changements occasionnés par l'accident, limitée tant dans ses déplacements que dans ses activités, ainsi que sujette à des douleurs permanentes et une grande fatigue. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen neurologique complet, lequel a été complété à l'externe par un examen orthopédique et des bilans d'ergothérapie, de neuropsychologie et d'électroneuromyographie (ENG et EMG). En répondant aux questions posées par l'assurance, l'expert a pu examiner les points litigieux et, notamment la problématique de la capacité de travail qu'il estime liée "quasi exclusivement à l'atteinte plégique et douloureuse neurogène du membre inférieur". 4.3. Il n'est, cependant, pas nécessaire à la Cour de

trancher à ce stade les appréciations légèrement divergentes des deux expertises. En effet, cette différence d'évaluation de la capacité de travail – somme toute marginale – n'a pas d'incidence sur le droit à la rente de la recourante. Dans la mesure où il s'agit de l'expertise la plus ancienne et la plus favorable à l'assurée, la Cour se référera en principe aux conclusions du Dr J._____. 5. Tant l'appréciation du Dr J._____ que celles des Drs G._____ et H._____ s'inscrivent dans le contexte d'un mandat de l'assurance-accidents. L'appréciation des experts pourrait être limitée aux troubles causés par l'accident et, partant, ignorer d'éventuelles atteintes qui ne seraient pas en lien avec l'accident. Ainsi, des cervico-lombalgies, soit des troubles d'ordre rhumatologique, ne sont considérées qu'en lien de causalité possible avec l'accident, de sorte que l'assurance-accidents n'aurait pas à prester à leur égard. De même, les Drs G._____ et H._____ proposent de procéder à une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 évaluation complémentaire sur le plan psychiatrique, le diagnostic de fibromyalgie étant même évoqué. Cependant, la suggestion des Drs G._____ et H._____ est faite au conditionnel ("la présente expertise bidisciplinaire pourrait être complétée par une expertise rhumatologique et psychiatrique"). Dans ce contexte, aucun d'entre eux ne soutient que ces troubles puissent avoir un impact supplémentaire sur la capacité de travail de la recourante. Au contraire, aucune problématique rhumatologique ou psychiatrique n'avait pas été relevée en 2015 par le Dr J._____, alors même que celui-ci avait fait procéder à plusieurs examens externes. Pour sa part, le Dr H._____ précise que certains symptômes évoquent un fibromyalgie mais ne s'y attarde pas, "n'étant pas spécialiste [dans] le domaine". Quant au Dr G._____, il prend les cervicalgies en compte dans son appréciation de la capacité de travail, celles-ci pouvant éventuellement découler d'une dysbalance musculaire en lien de causalité possible avec l'accident du 17 septembre 2011. Il convient, par ailleurs, de ne pas ignorer le contexte global du cas et les autres pièces au dossier. En effet, la fibromyalgie a été niée par le Dr K._____, spécialiste en médecine générale, lorsqu'il s'adressait au médecin de l'assurance-accidents en mai 2015 (bordereau recourante, pièce 8). Le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, estime également que les problèmes ne sont qu'orthopédique et neurologique, proposant des investigations que dans ces seuls deux domaines (dossier OAI, p. 894). Lors du séjour à D._____, les médecins n'avaient pas relevés de psychopathologie, notamment d'état anxio-dépressif ou d'état de stress post traumatique. Ils faisaient, essentiellement, état d'une problématique en lien avec des inquiétudes quant à l'avenir, l'estime de soi et les relations interpersonnelles. C'est la raison pour laquelle ils proposaient un accompagnement auprès d'un psychologue (dossier OAI, p. 137 et 160) que l'assurée a remplacé par des consultations chez le généraliste traitant à raison de 2-3 séances par année en moyenne (dossier OAI, p. 808). Depuis de nombreuses années, l'assurée n'est pas suivie sur le plan psychiatrique. Aucun suivi rhumatologique n'est quant à lui évoqué dans les pièces au dossier, seule D._____ ayant demandé l'avis d'un rhumatologue dans le cadre d'un ultrason de l'appareil locomoteur (cf. dossier OAI, p. 167). L'ensemble de ces indices va dans le sens que l'appréciation de la capacité de travail par les experts prend en compte la problématique douloureuse globale de la recourante. C'est ce que retient, par ailleurs, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR, dans son dernier rapport (dossier OAI, p. 854). 6. L'appréciation de la capacité de travail par les différents experts n'est pas mise en doute par les autres éléments au dossier. Sur ce plan, la recourante se prévaut de l'appréciation de ses médecins traitants, le Dr M._____, spécialiste en

neurologie, le Dr L. _____ et le Dr K. _____. 6.1. Dans ses différents rapports, le Dr M. _____ estimait initialement que sa patiente n'était plus en mesure de "travailler comme coiffeuse en position debout" ou de "poursuivre une activité pendant plus de 2 ou 3 heures, notamment comme styliste onguulaire". Cette incapacité de travail était en lien avec une "lésion du nerf sciatique droit". Il estimait alors une reconversion en tant que maître professionnel pour personnes handicapées comme "tout à fait" adéquate, suivant en cela Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 les souhaits de reconversion de sa patiente (rapports du 18 avril et du 26 juillet 2012, dossier OAI, p. 182 et 218; cf. ég. p. 181). Dans son dernier rapport du 12 janvier 2017 – sa patiente étant à l'époque en fin de CFC d'employée de commerce – le neurologue retenait les diagnostics de "fracture [du] bassin", de "lésion [nerf] sciatique [droit]" et d'"adenome hypophysaire". Il estimait alors que la capacité de travail était de 60% pour un poste d'apprentie employée de commerce et de 50% dans l'ancienne activité (dossier OAI, p. 544). Force est de constater que le Dr M. _____ partage l'appréciation du Dr J. _____ s'agissant de la capacité de travail dans une activité d'employée de commerce. Cela renforce la pertinence des conclusions de ce dernier. 6.2. Le Dr L. _____ estimait initialement que sa patiente n'était plus en mesure d'exercer son ancienne profession de styliste unguéale mais pensait qu'elle pourrait un jour reprendre une activité adaptée à 100%, sans en préciser les contours (rapport du 23 avril 2012, dossier OAI, p. 187; cf. ég. p. 89, 97, 222 et 262). Au début du processus de réadaptation, il soulignait que si sa patiente travaillait à 60%, celle-ci "aimerait bien augmenter ce taux à 70%". Il ne faisait pas état de contre-indication à cet égard (rapport du 10 avril 2013, dossier OAI, p. 310). Il n'a pas été interrogé par la suite et cela jusqu'à ce que la décision litigieuse soit rendue. Ses autres rapports sont tous postérieurs à la décision litigieuse de sorte que l'on peut se poser la question de leur relevance. Cela étant, le médecin y soutient "qu'une invalidité de certainement 50% est bien justifiée", laquelle ne s'explique "pas seulement par la perte de fonction (ce qui peut être jugé objectivement), mais également par l'interférence des douleurs chroniques neurogènes journalières et nocturnes dans la vie quotidienne de la patiente". Il souligne aussi que, "selon « d'où vient le vent », le jugement quant à la capacité de travail de [sa patiente], est complètement différent" et propose la mise sur pied d'une contre-expertise orthopédique et neurologique (rapports des 13 mars et 5 avril 2018, dossier OAI, p. 892 et 894). Force est d'emblée de constater que les affirmations du Dr L. _____ ne sont ni constantes, ni claires. En effet, le médecin tend à associer les notions de capacité de travail et de droit à la rente, affirmant que "l'assurance invalidité devrait payer à la patiente au moins une ½ rente". Il méconnaît également les risques couverts par les assurances, soutenant que le "pourcentage [d'incapacité de travail] ne peut pas changer selon l'assurance". L'on ne peut, par ailleurs, pas déterminer si le médecin examine la capacité de travail uniquement au regard de l'ancienne activité de styliste unguéale ou, également, dans une activité adaptée telle que celle d'employée de commerce. Si ce manque de nuances est probablement lié à une méconnaissance des institutions, cela tend à amoindrir la pertinence de ses affirmations dans une perspective assécurologique. Il apparaît en outre que le Dr L. _____ fait une interprétation partielle du dossier. Par exemple, il retient que le Dr J. _____ "témoigne d'une incapacité de travail de 100% définitive". Or, on l'a vu, ce médecin fait certes état d'une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité, mais également d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. De même, il omet d'indiquer que l'avis du Dr H. _____ s'inscrit dans une optique pluridisciplinaire pour retenir que celui-ci affirme que la capacité de travail "sur le plan orthopédique peut être considérée comme pleine, donc à 100% sans baisse de

rendement". Les avis médicaux sont bien moins divisés que ne le pense l'orthopédiste traitant. Certes tous les médecins ne s'accordent pas sur les détails,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 pourtant l'on retrouve une tendance générale à reconnaître une capacité de travail de située entre 60 et 70% dans une activité adaptée. Enfin, il convient de rappeler que la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit entre le médecin traitant et son patient, laquelle justifie de privilégier l'opinion motivée d'un expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). La formulation utilisée par le médecin va, au demeurant, dans le sens de l'existence d'une telle relation de confiance, laquelle pourrait justifier la différence d'appréciation, somme toute assez faible, avec les experts mandatés par l'assurance-accidents. 6.3. Le Dr K. _____ retient que sa patiente souffre en particulier de "douleurs chroniques invalidantes de l'appareil locomoteur d'origine multiple" ainsi que d'un status post accident de la voie publique à moto avec fracture du bassin, entorse à la cheville et arthrose fémoropatellaire. Il atteste d'une incapacité de travail complète dans l'ancienne activité ainsi que d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il indique que les restrictions se manifestent par une impossibilité d'activer ou tenir les bras en abduction, des lombalgies en position debout ou assise prolongée ainsi qu'une marche difficile (cannes toujours indispensables) (dossier OAI, p. 587, 709 et 959). Selon le médecin, le "pronostic quant au succès d'un reclassement professionnel est favorable car la patiente est d'une personnalité dynamique et optimiste, sans tendance dépressive aucune, extrêmement collaborante à la prise en charge médicale. En revanche, compte tenu de l'importance des douleurs chroniques, une capacité de travail supérieure à 50% [lui] paraît illusoire" (rapport du 5 février 2017, dossier OAI, p. 587). Le Dr I. _____, du SMR, se rattachait initialement à ces conclusions, estimant que les observations du praticien étaient "congruentes avec l'état de santé actuel de l'assurée qui [était] stabilisé et [pouvaient] être retenues comme étant concluantes" (rapport du 27 avril 2017, dossier OAI, p. 610). Le médecin du SMR s'en est, cependant, écarté dans un second temps pour privilégier celles des experts mandatés par l'assurance-accidents. Selon lui, "le suivi du [généraliste traitant] se limite à l'accompagnement général de sa patiente et à la prescription médicamenteuse que l'assurée gère elle-même de manière compétente ainsi qu'elle entretient sa forme physique par elle-même à domicile et en piscine, toutefois sans plus d'intervention de thérapeutes. De ce fait, et, dans le cadre de cet accompagnement bienveillant, probablement sans examen clinique approfondi répété, l'appréciation de la capacité de travail de sa patiente par le [généraliste traitant] ne s'appuie pas forcément sur des fondements objectifs tels qu'ils l'ont été démontrés par les experts mandatés par l'assurance-accident" (rapport du 6 mars 2018, dossier OAI, p. 854). Les conclusions du SMR sont partiellement fondées sur des hypothèses qui ne sont confirmées ou infirmées par aucun élément au dossier, notamment lorsqu'il soutient que le généraliste ne procède à aucun examen clinique approfondi. L'on relève néanmoins que le médecin du SMR relève à juste titre – se référant en cela implicitement à la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées) – que l'approche du Dr K. _____ était probablement bienveillante dans la mesure où il est médecin traitant de la recourante. L'on doit relever de surcroît que l'avis d'un généraliste, ne saurait en principe remettre en doute l'avis globalement concordant et bien motivé des trois experts mandatés par l'assurance-accidents, tous spécialistes dans leurs domaines.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 6.4. Finalement, la Cour relève que les constats tirés du rapport d'observation du 18 juin 2018 sont bien postérieurs à la décision contestée du 6

décembre 2017. Indépendamment de leur éventuelle (in)compatibilité avec la jurisprudence applicable en matière de détectives privés (cf. ATF 143 I 377), ils ne sauraient entrer en considération dans le cas d'espèce. Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence, contrairement aux faits constatés par un médecin, une observation menée par un détective privé n'apporte qu'une perception indirecte de la capacité de travail effective (ATF 137 I 327 consid. 7.1; arrêt TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Comme il a été dit, c'est ainsi une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée qui pourra être retenue dans le cadre du calcul du taux d'invalidité.

7. 7.1. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

7.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer. Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Le revenu nettement inférieur peut alors justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5%. En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidé en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1).

7.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement

stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n° U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). 8. 8.1. En l'occurrence, selon la motivation de la décision contestée, "pour ce qui est du revenu sans invalidité", l'autorité intimée indique s'être basée sur les données statistiques car le précédent emploi de la recourante ne satisfait pas aux conditions relevées par la jurisprudence, soit "des rapports de travail particulièrement stables, une activité mettant pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et enfin, un gain correspondant au travail effectivement fourni (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et les références citées)". Le renvoi à un revenu de valide fondé sur des statistiques consiste vraisemblablement en une erreur de plume. Cette référence a, par ailleurs, été écartée dans la proposition du 23 mars 2018. Cependant, si l'on devait estimer que l'ancien revenu évoqué par l'employeur ne devait pas être convaincant, il conviendrait de se référer au montant mensuel de CHF 3'814.-, soit CHF 45'768.- annuellement. Il s'agit du salaire moyen d'une employée dans les "autres activités de service" selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (TA1_skill_level, niveau de compétence 2, branche 96). Pour rappel, les branches économiques de l'ESS font référence à la Nomenclature générale des activités économiques (NOGA), laquelle classe les professions en fonction du type de travail qui est ou devrait être effectué. La recourante travaillant dans un "institut de beauté" (ch. 960202), il convient de se référer à la branche 96. Pour sa part, le niveau de compétence fait référence à la classification internationale du type des professions (CITP), laquelle classe les professions en fonction du type de travail qui est ou devrait être effectué. S'agissant d'une activité de type "coiffeurs, esthéticiens et assimilés" (ch. 514), l'on doit se baser sur le niveau de compétence 2.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 Le montant de CHF 45'768.- devrait être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 46'548.15, indices de 104.5736 pour 2014 et 106.3561 pour 2017, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 90-96 Arts, spectacles et activités récréatives, autres activités de services). Il conviendrait également de prendre en compte la durée usuelle du travail de 42 heures par semaine en 2017 (CHF 48'875.55, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Autres activités de services). Partant, dans cette hypothèse, le revenu de valide serait fixé à CHF 48'875.55. 8.2. Néanmoins, aucun élément ne justifie de fonder le revenu de valide sur d'autres indications que celles de l'ancien employeur. L'autorité en convient par ailleurs, y faisant désormais clairement référence dans sa proposition du 23

mars 2018. Selon un certificat de salaire pour le mois de septembre 2011, le salaire mensuel brut se montait à CHF 3'939.- (net: 3'476.30; cf. bordereau recours, pièce 3). Ce montant, réparti sur 12 mois, a été confirmé par l'employeur (cf. dossier OAI, p. 676). Le 9 janvier 2018, celui-ci a en outre transmis les augmentations que la recourante aurait obtenues si elle avait poursuivi son activité, soit 1.2% en 2012, 1.8% en 2013 et 1.6% en 2015. Il n'y aurait pas eu d'augmentation en 2014 et en 2016 (bordereau recours, pièce 9). Partant, la Cour retient que le salaire de la recourante se serait élevé à CHF 49'475.40 (soit $3'939 \times 1.012 \times 1.018 \times 1.016 \times 12$) pour l'année 2016. Compte tenu de l'évolution des salaires nominaux (indices de 106.3462 pour 2016 et 106.3561 pour 2017, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 90-96 arts, spectacles et activités récréatives, autres activités de services), cela correspondrait à un montant de CHF 49'480.- en 2017. Ce dernier montant – que l'on constate légèrement supérieur aux montants statistiques (cf. consid. 8.1) – peut donc être retenu au titre de revenu de valide. 8.3. S'agissant du revenu d'invalidité, l'autorité intimée s'est référée au salaire moyen d'un employé dans une activité de service administratif et de soutien selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014, TA1_Skill level, catégorie 77-82, niveau de compétences 2, femmes), soit CHF 4'824.- mensuellement, soit 57'888.- annuellement. Ce montant devrait être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 58'147.55, indices de 103.5097 pour 2014 et 103.9738 pour 2017, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 77-82 Activités de services administratifs et de soutien) et à la durée usuelle du travail de 41.9 heures par semaine en 2017 (CHF 60'909.55, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Activités de services administratifs et de soutien), cela correspondrait à un revenu annuel brut de CHF 60'909.55 en 2017. Dans cette hypothèse statistique, le revenu d'invalidité, adapté pour tenir compte de la capacité de travail de 60%, serait donc fixé à CHF 36'545.75. Comparé à un revenu de valide retenu de CHF 49'480.-, cela correspond à une perte de gain de CHF 12'934.25. Le degré d'invalidité serait donc de 26.14%, soit 26% (cf. ATF 130 V 121). 8.4. Cela étant, la recourante souligne que le revenu d'invalidité calculé sur une base statistique est éloigné de la réalité du terrain, demandant que son salaire actuel soit pris en compte. Cette préoccupation est compréhensible. L'on constate en effet que comparer un revenu de valide basé sur des chiffres effectifs (ici en tant que styliste unguéale) et un revenu de valide fondé sur

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 des statistiques (ici d'employée de commerce selon l'ESS) prend en compte des facteurs qui ne sont pas en lien direct avec l'état de santé. Or, s'il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre à sa charge des facteurs extra-médicaux – ainsi que la Cour de céans l'a rappelé à de nombreuses reprises – l'inverse est manifestement aussi valable. L'on pense ici, par exemple, aux différences sur le niveau des salaires entre les cantons. Dans ce contexte, une méthode de comparaison basée sur des descriptions de postes de travail concrets et locaux – semblable à celle utilisée par la SUVA en matière d'assurance-accidents – apparaît plus susceptible de refléter la perte de gain réelle subie par les assurés. Une autre solution serait de comparer deux montants statistiques ou de prendre en compte des facteurs de correction. Le Conseil fédéral semble, par ailleurs, en convenir, ayant chargé, en 2014, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de "renforcer la sécurité juridique, l'uniformité et l'égalité de traitement dans l'évaluation de l'invalidité" par le biais du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201; cf. réponse à la question du conseiller national Romano Marco, n° 13.1046). Il était même évoqué que les différences régionales de salaires seraient prises en compte par le biais d'une diminution du salaire statistique (cf. lettre circulaire n° 273 Evaluation du

revenu d'invalidé d'après les salaires des barèmes), hypothèse qui n'a cependant pas été concrétisée par la suite dans le RAI ou dans la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI). Dans ces circonstances, il semble plus adéquat de fonder le revenu d'invalidé sur le salaire que la recourante perçoit actuellement dans son activité de secrétaire-réceptionniste au sein de F._____. Selon les pièces au dossier, celui-ci se monte à CHF 2'200.- pour un travail à mi-temps. A temps plein et annuellement, l'assurée obtiendrait donc un salaire de CHF 57'200.-. Il s'agit d'un montant qui ne contient pas d'éléments de salaire social, en témoignent, par exemple, les recommandations de la société suisse des employés de commerce qui font mention d'un salaire de départ médian de CHF 54'040.- pour une employée au bénéfice d'une formation initiale de 3 ans d'employé de commerce (bordereau recours, pièce 10). Cependant, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, une capacité de travail de 60% a été reconnue à la recourante par le Dr J._____. Il convient dès lors d'adapter le revenu que perçoit la recourante à cette capacité de travail, ce qui aboutit à un salaire exigible de CHF 32'424.- (CHF 54'040 x 60%). Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 49'480.-) et d'invalidé (CHF 32'424.-) que la perte de gain se monte à CHF 17'056.-. Cela correspond à un degré d'invalidité de 34.47%, soit 34% (cf. ATF 130 V 121). 8.5. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il apparaît que le degré d'invalidité demeure inférieur à 40% que l'on compare l'ancien salaire à un revenu statistique (degré d'invalidité de 26%) ou que l'on compare deux montants concrets (degré d'invalidité de 34%). Il le serait également si l'on avait comparé les deux revenus statistiques évoqués plus haut, à la fois comme revenu de valide et d'invalidé. Il ne donne, dans tous les cas de figure, pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 L'on rappelle, à ce stade, que le degré d'invalidité est le résultat d'un calcul technique, soit la comparaison d'un revenu de valide avec un revenu d'invalidé, souvent basé sur des statistiques. Il a été régulièrement constaté que cette méthode paraît préjudiciable aux assurés à bas revenus. Le cas d'espèce en est une illustration, avec une assurée qui se voit calculer un degré d'invalidité de 26% ou de 34% bien qu'une incapacité de travail de 40% soit médicalement reconnue. Néanmoins, il convient aussi de souligner que, bien souvent, ce sentiment de préjudice est, plutôt que par le résultat du calcul technique, causé en fait par la constatation, après la survenance d'un sinistre, qu'un ancien salaire modeste pouvait, en fin de compte, avoir une incidence négative sur un droit aux prestations. En l'espèce, la Cour a d'ailleurs pu mesurer l'émotion et la souffrance (probablement induites par un tel sentiment ainsi que par la surveillance dont elle avait fait l'objet) ressenties par la recourante qui les a très bien exprimées lors de la séance de débats publics. Cela ne saurait cependant remettre en cause les constatations objectives du corps médical. 9. 9.1. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision contestée confirmée. 9.2. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la décision initiale était loin d'être exempte de reproches et qu'une nouvelle décision a été émise, bien que celle-ci se soit révélée nulle (cf. consid. 1.1 ci-avant). En application du principe selon lequel les frais doivent être mis à la charge de la partie qui les a occasionnés, (cf. art. 131 al. 2 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1), il convient de mettre une partie des frais de procédure à la charge de l'autorité intimée, par CHF 400.-. Dans ces circonstances, les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge de la recourante. 9.3. Compte tenu de ce qui précède, il convient également de mettre à la charge de l'autorité intimée les opérations effectuées par le mandataire en lien avec le prononcé de

deux décisions successives et différentes. Le rendu de ces deux décisions a, en particulier, justifié au minimum un échange d'écritures supplémentaire. Il a en outre imposé une seconde prise de connaissance du dossier, notamment sur le plan de la problématique médicale nouvellement soulevée. Ces opérations n'auraient pas été nécessaires si une seule décision avait été rendue. Il convient de mettre ces frais à la charge de la partie qui les a provoqués. L'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono, à un montant total de CHF 2'261.70, à savoir CHF 2'000.- au titre d'honoraires (8 heures à CHF 250.-), CHF 100.- au titre de débours et CHF 161.70 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant, qui devrait représenter les opérations supplémentaires liées à cette nouvelle décision, est mis à la charge de l'autorité intimée. 10. Parallèlement au dépôt du mémoire du 8 mai 2018, la recourante a requis (605 2018 130) l'octroi de l'assistance judiciaire totale et à la désignation de Me René Schnewly, avocat, comme défenseur d'office depuis le 11 décembre 2017, date de la notification de la décision du 6 décembre 2017.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 10.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. L'art. 29 al. 3 Cst. vise à assurer que chacun puisse, indépendamment de sa situation financière, faire juger par un tribunal des litiges non dénués de chance de succès, et se faire représenter au procès par un avocat pour autant que cela soit matériellement nécessaire. Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire doit donner à la partie indigente les moyens de mener son procès, mais non pas l'aider à améliorer de manière générale sa situation financière (arrêt TF 9C_923/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.1.2). Dans le domaine des assurances sociales, le droit à l'assistance judiciaire en procédure cantonale est expressément inscrit à l'art. 61 let. f LPGA. Aux termes de l'art. 142 CPJA; a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). Dans le cadre de procédures cantonales de recours, la jurisprudence en matière d'assurances sociales a précisé que l'octroi de l'assistance judiciaire à compter uniquement de l'introduction de la demande n'est pas conforme au droit fédéral dans l'éventualité où les conditions de l'octroi auraient été réalisées auparavant (cf. arrêt TF 9C_735/2011 du 22 juin 2012 consid. 3). Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA). 10.2. En l'espèce, les revenus déclarés par la recourante consistent dans le salaire qu'elle perçoit de son employeur, soit CHF 1'865.- ainsi qu'un montant de CHF 400.- versé par l'assurance-accidents à titre d'avance de prestations de rentes. Au total, ses revenus sont ainsi de CHF 2'265.-. Ces revenus sont déjà dépassés par

le minimum vital augmenté pour un débiteur vivant seul (CHF 1'200 x 1.25) complété du montant du loyer ainsi que des primes d'assurance-maladie obligatoire. On peut dès lors retenir que la recourante ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. A l'appui de sa requête d'assistance judiciaire du 8 mai 2018, la recourante indique avoir déposé dite requête tardivement car elle partait de l'idée que l'assurance-accidents statuerait plus rapidement sur l'octroi en sa faveur d'une rente. Selon elle cependant, sa situation financière était

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 alors identique. Aucun élément ne permet de conclure le contraire de sorte que l'octroi de l'assistance judiciaire peut se faire de manière rétroactive. Par ailleurs, il y a lieu d'admettre que le recours, bien qu'infondé, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait ici justifiée. En conséquence, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours 605 2018 23 et de lui désigner comme défenseur d'office Me René Schneuwly, avocat. 10.3. Le 4 juillet 2019, celui-ci a produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 9'517.-, soit CHF 8'330.10 (33.32 heures à CHF 250.-) au titre d'honoraires, CHF 416.50 au titre de débours forfaitaires, CHF 90.- au titre de vacation et CHF 680.40 au titre de la TVA (8%). Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En effet, elle prend en compte des opérations antérieures à la décision litigieuse et qui n'ont, dès lors, pas à être prises en charge dans le cadre de la procédure de recours. En outre, les frais et débours sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). La Cour rappelle encore que le tarif des photocopies est fixé à CHF 0.40 et non CHF 0.50 (cf. art. 9 al. 2 Tarif JA) et que, pour les déplacements à l'intérieur de la localité où est située l'étude, l'indemnité forfaitaire de CHF 30.- correspond à un trajet aller-retour et non à un trajet simple (art. 77 al. 4 RJ). Par ailleurs, au vu de la nature, de l'importance et de la difficulté de la cause, l'ampleur du travail allégué par le mandataire apparaît disproportionnée et dépasse manifestement le temps qu'il aurait dû raisonnablement consacrer à l'accomplissement de sa tâche, ce qui ne saurait être mis à la charge de l'assistance judiciaire. Il convient, enfin, de déduire les opérations déjà indemnisées au titre de l'indemnité de partie, lesquelles ont été fixées à un montant total de CHF 2'261.70 (cf. consid. 9.3 ci-avant). Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui figurent dans la liste de frais et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité du défenseur désigné est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'875.60, à savoir à CHF 2'520.- au titre d'honoraires (14 heures à CHF 180.-), CHF 150.- au titre de frais (vacation de CHF 30.- comprise) et CHF 205.60 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg. Les frais de procédure ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale. L'avance de frais de CHF 800.- initialement versée par la recourante lui est donc restituée.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours (605 2018 23) est rejeté. II. Une indemnité de partie de CHF 2'261.70, y compris CHF 161.70 au titre de la TVA (7.7%), est mise à la charge de l'autorité intimée. III. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont

mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge de la recourante. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2018 130) est admise pour la procédure de recours (605 2018 23) et Me René Schneuwly, avocat, est désigné défenseur d'office. V. L'indemnité allouée à Me René Schneuwly en sa qualité de défenseur d'office est fixée à un montant de CHF 2'875.60, dont CHF 205.60 au titre de la TVA (7.7%). VI. Les frais de justice mis à la charge de la recourante ne sont pas prélevés et l'avance de frais de CHF 800.- lui est intégralement restituée en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. VII. 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 22 juillet 2019/pte Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.