

# FR\_GERICHTE 605 2018 273 vom 7. Februar 2020

FR Kantonsgericht, 2020-02-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2018\\_273](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_273)

FR: FR\_GERICHTE 605 2018 273 du 7 février 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2018 273 del 7 febbraio 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 30

avril 2019 du Dr D. \_\_\_\_\_ ne constitue qu'une simple appréciation différente d'une situation inchangée, laquelle n'est pas susceptible de remettre en question l'exigibilité médico-théorique retenue par la décision litigieuse, validée à deux reprises par le Tribunal cantonal. Elle relève à cet égard que ces nouveaux arguments sortent de l'objet du présent litige, en tant que cette nouvelle appréciation médicale concerne la situation médicale ultérieure à la situation qui prévalait lors du prononcé de la décision litigieuse. Au surplus, la prise en compte de ce nouvel avis médical reviendrait à admettre un motif de reconsidération, l'exigibilité médicale ayant d'ores et déjà été tranchée de manière définitive par le Tribunal cantonal.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 Qu'en est-il ? 7. 7.1. Accident du 24 juillet 2002  
L'assurée, née en 1982, travaillait comme vendeuse à 100% dans la boutique « E. \_\_\_\_\_ » , magasin de chaussures appartenant à ses parents, depuis le 1er août 1999. Le 24 juillet 2002, peu après l'obtention de son CFC de vendeuse, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière lors d'un voyage au Maroc. Elle a notamment été blessée à la colonne vertébrale (déclaration d'accident du 25 juillet 2002, dossier AXA, pièce A1). Après un traitement d'urgence sur place, elle a été rapatriée en Suisse le 30 juillet 2002 pour être hospitalisée au HFR (dossier AXA, pièce A6). Le rapport médical initial LAA du 11 septembre 2002 établi par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionne les diagnostics de fracture de la base du pouce gauche et de la vertèbre L4 (« fracture base métacarpien I gauche » ; « fracture type bursting complet L4 avec fragment postérieur dans le canal spinal (30%) avec fracture de l'arc postérieur » ; dossier AXA, pièce M1). Elle a été opérée de la colonne vertébrale les 5 août 2002 et 13 mai 2003 (dossier AXA, pièces M1 et M9), puis une nouvelle fois le 30 janvier 2006 (ablation du matériel d'ostéosynthèse résiduel) par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier AXA, pièce M63). Après une première tentative de reprise du travail infructueuse, elle a progressivement repris, à temps partiel, son activité de vendeuse. 7.2. Première demande AI et arrêt du Tribunal cantonal du 29 septembre 2011 Le 22 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance- invalidité. Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée auprès de B. \_\_\_\_\_ le 5 décembre 2007. Sur le plan somatique, l'expert a retenu le diagnostic incapacitant de « lombalgies chroniques dans le cadre d'un status après fracture L4 avec spondylodèse, greffe, AMO et lésion discale avec une tendance à la globalisation des symptômes au niveau de la ceinture scapulaire et de la ceinture pelvienne

(discopathie L5-S1 débutante de grade III selon Pfirman, black disc sans Modic et avec fissure de l'annulus postérieur, dégénérescence discale L3-L4 », parallèlement à d'autres diagnostics sans incidence sur la capacité de travail (notamment épicondylalgies et omalgies bilatérales ; dossier AXA, pièce M76, p. 19). L'expert a en outre affirmé que les lombalgies étaient entièrement en lien avec l'accident de 2002, de façon prépondérante (« c'est en effet un traumatisme important avec fracture de L4, spondylodèse avec greffe et ablation ultérieure du matériel d'ostéosynthèse avec persistance de troubles que l'on peut considérer comme dégénératifs au niveau de la zone traumatisée, alors que tous les autres niveaux sont parfaitement intacts » ; p. 22) et a nié l'existence de tout état préexistant maladif (« on peut en l'occurrence affirmer que plus de 5 ans après l'accident ni le statu quo sine ni le statu quo ante ne sont atteints et qu'ils ne le seront définitivement plus sur le plan somatique » ; p. 23). Au vu de ces éléments, il

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 a estimé que dans une activité légère, correspondant à l'activité habituelle, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80% permettant l'aménagement de petites pauses (p. 22 et 24). Se basant notamment sur les conclusions de cette expertise, l'OAI, par décision du 19 août 2008, lui a octroyé une rente à un degré variable du 1er juillet 2003 au 30 avril 2006. Tout droit à une rente lui a en revanche été refusé dès le 1er mai 2006, en raison d'un taux d'invalidité de 12% seulement. L'assurée a formé recours contre le refus de rente le 22 septembre 2008 (dossier AXA, pièce A73, annexe 3). Par arrêt du 29 septembre 2011 (605 2008-410), le Tribunal cantonal a très partiellement admis le recours interjeté contre cette décision s'agissant de la date à partir de laquelle le droit à la rente devait être nié – à savoir le 1er août 2006 au lieu du 1er mai 2006 – et a légèrement corrigé les montants retenus à titre de revenus d'invalidité et de valide. Il a en particulier confirmé l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée, en raison des limitations découlant de la discopathie L5-S1 débutante et de la dégénérescence discale L3-L4, dont le caractère incapacitant avait été reconnu par les experts. Les autres troubles (notamment épicondylalgies et gonalgies), considérés comme non incapacitants par les experts, s'étaient de surcroît développés ultérieurement et n'avaient ainsi pas à être pris en compte sauf dans le cas d'une éventuelle révision. L'absence d'atteinte invalidante sur le plan psychique a enfin été confirmée. Cette capacité de travail était fondée notamment sur le rapport d'expertise du 5 décembre 2007 de B. \_\_\_\_\_, dont les conclusions concordaient globalement avec celles du Dr G. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 12 mars 2008, qui affirmait que la discopathie était liée à une dégénérescence discale après spondylodèse et qui attestait pour sa part d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée (dossier AXA, pièce M77). S'agissant du calcul du taux d'invalidité, le revenu sans invalidité de CHF 40'800.- retenu par l'OAI (correspondant au salaire perçu en 2004) a été indexé de 2.7%, donnant lieu à un revenu sans invalidité de CHF 41'901.60. Quant au revenu d'invalidité, il a été corrigé à CHF 36'199.90 (soit le revenu statistique ESS adapté à 41.7 heures/semaine [CHF 50'277.-], à un taux de 80% et diminué de 10% au titre de désavantage salarial). Le degré d'invalidité résultant de la comparaison de ces deux montants, soit 14%, étant largement inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente, le Tribunal cantonal a ainsi confirmé le refus de rente dès le 1er août 2006. Ce dernier arrêt, non contesté, est entré en force. 7.3. Nouvelle demande AI du 27 mai 2009, opération du 31 octobre 2011, nouvelle décision de refus de rente AI et arrêt du Tribunal cantonal du 6 novembre 2017 Dans l'intervalle, le 27 mai 2009, l'assurée avait déposé une demande de révision auprès de l'OAI, procédure suspendue dans l'attente du sort du recours interjeté contre la première décision de refus de rente.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 Le 31 octobre 2011, l'assurée a une nouvelle fois été opérée du dos le 31 octobre 2011 (décompression L4-L5 et L5-S1), par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier AXA, pièce M110). Une nouvelle expertise pluridisciplinaire, réalisée le 8 septembre 2015 par C. \_\_\_\_\_, a conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée à 100%, moyennant une diminution de rendement de 20% pour autoriser des changements de position. Les experts ont notamment constaté que, suite à la consolidation acquise grâce à l'opération du 31 octobre 2011, la situation était demeurée stable sur le plan orthopédique. Aucun diagnostic invalidant n'avait en outre été reconnu sur le plan psychique. Sur cette base, l'OAI a été considéré, par décision du 22 février 2016, que l'état de santé n'avait pas subi d'aggravation notable depuis le refus de rente du 19 août 2008, confirmant ainsi une perte de gain inférieure à 20% n'ouvrant le droit ni à une rente, ni à des mesures de réadaptation. Par arrêt du 6 novembre 2017 (608 2016 74), le Tribunal cantonal a confirmé ce refus. Il a notamment reconnu une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire réalisée par C. \_\_\_\_\_, constatant que celle-ci concordait avec de nombreux autres éléments du dossier, et a ainsi écarté les avis contraires des médecins traitants, les Dr G. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, ainsi que du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le Tribunal cantonal a ainsi confirmé l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée à un taux de 80% et, partant, le degré d'invalidité de 14%. A nouveau, cet arrêt n'a pas été contesté et est ainsi entré en force.

7.4. Décisions AXA des 3 août 2009 et 1er juillet 2010 et convention du 17 octobre 2012 Sur le plan de l'assurance-accidents, AXA avait tout d'abord accordé à l'assurée une rente LAA de 20% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15%, en se fondant notamment sur les conclusions du rapport d'expertise de B. \_\_\_\_\_ (décision du 3 août 2009, dossier AXA, pièce A84). L'assurée s'est opposée à cette décision (dossier AXA, pièce A90). Un montant de CHF 16'020.-, correspondant à l'IPAI de 15%, lui a néanmoins été immédiatement versé le 17 septembre 2009. Par projet de décision du 1er juillet 2010, AXA a ensuite refusé le droit à une rente, en se fondant notamment sur une expertise qui avait été réalisée le 16 décembre 2009 par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel avait considéré qu'une activité adaptée était exigible à 100% moyennant une diminution de rendement de 25% (dossier AXA, pièce M86). Une telle activité adaptée était néanmoins susceptible de procurer un revenu de seulement 4.13% inférieur au revenu réalisé dans l'activité habituelle de vendeuse. Suite à l'opposition de l'assurée (dossier AXA, pièce A90) et en présence de nouveaux éléments médicaux, une convention a été conclue entre les parties le 17 octobre 2012 : d'une part, le taux de l'IPAI a été augmenté à 25% et d'autre part, AXA a repris le versement des indemnités journalières dans l'attente de la stabilisation de l'état de santé, tandis que le taux de la rente de 20% versée jusqu'alors a été confirmé (dossier AXA, pièce A123).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Un second versement au titre d'IPAI a ensuite été effectué le 20 novembre 2012, d'un montant de CHF 24'568.30 (soit une IPAI à un taux de 25%, diminuée de CHF 2'131.70 [compensation de la surindemnisation résultant des prestations de l'AI]).

7.5. Décision du 18 août 2016, opposition et décision litigieuse du 9 octobre 2018 Par décision du 18 août 2016, AXA a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2013 et a refusé le droit à une rente LAA. Sur le plan de la capacité de travail résiduelle, elle a en effet considéré que la diminution de rendement de 20% retenue par les experts de C. \_\_\_\_\_ n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 24 juillet 2002, de sorte qu'une pleine capacité pouvait être

retenue. AXA a également demandé la restitution d'un montant de CHF 16'020.-, correspondant au montant qui avait été versé en trop au titre d'IPAI (25% versés au mois de novembre 2012 alors que 15% avaient déjà été payés en septembre 2009). L'assurée a contesté le refus de rente ainsi que la demande de restitution, sans s'opposer à la cessation du versement des indemnités journalières. La procédure d'opposition a été suspendue dans l'attente du sort du recours interjeté à l'encontre de la décision AI. Par décision sur opposition du 9 octobre 2018, AXA a intégralement rejeté l'opposition formée par l'assurée le 21 septembre 2016. Le refus de rente a été expressément confirmé, au motif que même en tenant compte de la diminution de rendement de 20%, le revenu statistique résultant d'une activité adaptée (revenu statistique ESS : CHF 54'758.-, soit CHF 43'806.40 à 80%) était supérieur au revenu sans invalidité (CHF 43'199.90, soit le montant retenu par l'OAI et confirmé par le Tribunal cantonal, annexé à 2014), de sorte que l'assurée ne subissait aucune perte de gain. Quant à la demande de remboursement du montant perçu à tort, de CHF 16'020.-, la décision querellée n'en fait aucune mention, se limitant à rejeter intégralement l'opposition et à confirmer la décision du 18 août 2016.

7.6. Recours du 8 novembre 2018 et éléments médicaux ultérieurs Dans son recours du 8 novembre 2018, la recourante concluait à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 28%, subsidiairement 25%. Le 13 mai 2019, elle a toutefois modifié ses conclusions sur la base d'un nouveau rapport médical du 30 avril 2019 du Dr D. \_\_\_\_\_, lequel remet en question la capacité médico-théorique retenue jusqu'alors. Elle conclut désormais au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente LAA de 25% entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2015, puis de 100% dès le 1er janvier 2016.

8. A l'examen de tous ces éléments, il apparaît que la situation constitue un cas commun pur entre l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité.

8.1. En effet, sur le plan somatique, rien ne laisse entrevoir la présence d'autres atteintes à la santé, étrangères aux séquelles de l'accident du 24 juillet 2002, qui pourraient jouer un rôle dans la diminution avérée de la capacité de gain de l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 La perte de rendement de 20% constatée par les experts de C. \_\_\_\_\_ est justifiée par la nécessité de changer fréquemment de position, en raison des atteintes au niveau du dos. Or, l'ensemble de la problématique lombaire a été considérée comme étant exclusivement en lien de causalité avec l'accident assuré, notamment du fait des nombreuses interventions chirurgicales subies. La présence de facteurs extérieurs, en particulier d'un état dégénératif préexistant, avait d'ailleurs été explicitement exclu (cf. notamment expertise de B. \_\_\_\_\_ du 5 décembre 2007 et rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 12 mars 2008, supra consid. 7.2). Dans ces conditions, compte tenu au surplus du jeune âge de l'assurée, peu propice en soi à voir déjà se développer soudain des atteintes lombaires dégénératives, on ne saurait nier l'existence d'un lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'accident assuré et la diminution de capacité de gain découlant des atteintes lombaires. On ne peut ainsi comprendre la diminution de rendement de 20% attestée par l'expertise de C. \_\_\_\_\_ comme autre chose que comme l'une des conséquences de l'accident subi en 2002 et dont AXA doit répondre aujourd'hui. La Cour est dès lors d'avis qu'il n'y a pas lieu de revenir sur la causalité, comme l'a fait l'autorité intimée dans la décision du 18 août 2016. Quoi qu'il en soit, cette dernière semble avoir renoncé à soutenir une telle position dans la décision sur opposition. Il convient dès lors de confirmer ici que l'intégralité des atteintes à la santé constatées dans le cadre des expertises successives mises en œuvre auprès de B. \_\_\_\_\_ puis de C. \_\_\_\_\_ doivent être considérées comme en lien de causalité naturelle et adéquate avec

l'accident dont répond l'autorité intimée. Ainsi, l'assureur-accidents pouvait et devait prendre en considération les éléments médicaux découlant de l'instruction menée par l'OAI, et inversement. La capacité de travail résiduelle avait en effet été examinée une première fois par le Tribunal cantonal en 2011, et avait été confirmée en 2017, lorsqu'il avait été établi que l'état de santé de la recourante n'avait pas subi de modification essentielle depuis la précédente décision de l'OAI. On ne voit pas en quoi il se justifierait de revenir aujourd'hui là-dessus. Quant aux éléments médicaux produits ultérieurement par la recourante, visant à remettre en question l'existence d'une capacité résiduelle de 80%, ils n'ont pas été soulevés dans le cadre de l'opposition contre la décision de l'AXA et ne sauraient ainsi être examinés dans le cadre de la présente procédure. 8.2. Dans de telles conditions, même si, selon la jurisprudence susmentionnée (cf. supra consid. 5), l'assurance-accidents n'est pas liée par les décisions de l'assurance-invalidité en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité, il n'en demeure pas moins qu'en présence d'un cas commun pur, l'une ne peut se distancer des conclusions de l'autre que pour des motifs pertinents. Cela d'autant plus si, comme c'est le cas en l'espèce, les constatations de l'un des assureurs, s'agissant du taux d'invalidité, ont été confirmées par un jugement entré en force. C'est précisément le cas en l'espèce.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 Le Tribunal cantonal, par arrêt du 2011 entré en force, a fixé le degré d'invalidité à 14%. Ce même Tribunal a ensuite confirmé que ce taux était toujours d'actualité par arrêt du 6 novembre 2017. Dans ces conditions, l'assurance-accidents ne saurait ainsi se distancier des conclusions de l'OAI, confirmées par le Tribunal cantonal, sans motif particulier. Or, on constate qu'AXA, tout en confirmant le revenu de valide retenu par le Tribunal cantonal dans le cadre des procédures AI, s'est en revanche basé sur d'autres chiffres au titre de revenu d'invalidé, sans aucun motif particulier. AXA n'a à cet égard pas choisi de déterminer ce revenu au moyen de la méthode des DPT, ce qu'elle aurait pourtant été en droit de faire en tant qu'assureur-accidents, et qui aurait à la rigueur pu justifier de ne pas retenir les montants confirmés par l'autorité judiciaire. En ayant recours aux statistiques ESS tout en s'écartant des montants qui avaient été confirmés à l'issue de deux procédures judiciaires, AXA a au contraire outrepassé son pouvoir d'appréciation. Cela est d'autant moins compréhensible qu'elle s'est à cette occasion référée au revenu de valide qui avait été fixé par le Tribunal cantonal, moyennant une simple indexation. 8.3. Dans le même temps, on ne voit pas pour quel motif il se justifierait maintenant de revenir sur le montant retenu à titre de revenu de valide, comme le demande pour sa part la recourante, qui estime qu'il devrait être tenu compte d'un salaire plus élevé. En effet, le revenu de valide ayant été confirmé à deux reprises par arrêts du Tribunal cantonal désormais entrés en force, il ne saurait être question d'y revenir aujourd'hui, sauf à admettre un motif de reconsidération. 8.4. Au vu de tout ce qui précède, il y a lieu de confirmer le taux d'invalidité fixé par le Tribunal cantonal en 2011 et confirmé en 2017, soit 14%. Ce taux ouvre le droit à une rente LAA. Il s'ensuit l'admission partielle du recours et l'annulation de la décision attaquée, en ce sens qu'une rente LAA de 14% est allouée à la recourante dès le 1er janvier 2014, soit dès la cessation du versement des indemnités journalières. 8.5. Enfin, comme il a été dit, l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante, soutenue par son médecin traitant, doit être considérée comme une demande de révision matérielle du taux d'invalidité et devra faire l'objet d'une nouvelle instruction médicale par l'autorité intimée, qui, le cas échéant, statuera par voie de nouvelle décision à cet égard. 9. Est encore litigieuse la demande de restitution du montant de CHF

16'020.- perçu à tort. La recourante invoque à cet égard une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où la décision sur opposition ne contient aucune motivation à cet égard.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 Sur le fond, elle invoque le délai de péremption prévu par l'art. 25 al. 2 LPGA, affirmant que l'autorité intimée était en mesure de se rendre compte de son erreur depuis l'établissement des décomptes d'indemnités journalières de 2013 déjà. Partant, la demande de restitution formulée pour la première fois dans la décision du 18 août 2016 est tardive. A titre subsidiaire, elle se prévaut de sa bonne foi et de sa situation financière difficile pour demander une remise de l'obligation de restituer. Quant à l'autorité intimée, elle relève que le principe d'une erreur commise par l'administration implique précisément de ne pas se rendre compte d'un versement indu, de sorte que l'établissement des décomptes d'indemnités journalières ne saurait être considéré comme une preuve suffisante du fait qu'elle aurait eu conscience, à ce stade déjà, du caractère indu des prestations versées. Admettre le contraire viderait de sa substance la possibilité pour une administration d'obtenir la restitution de prestations versées à tort. De plus, elle relève que la recourante ne saurait être considérée de bonne foi, dans la mesure où elle a admis avoir touché des montants « en trop ». Enfin, dans la mesure où la décision de restitution n'est pas encore entrée en force, sa demande de remise de l'obligation de restituer est prématurée.

9.1. Garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101) et les art. 57 ss CPJA, le droit d'être entendu comprend, de manière générale, le droit pour la personne concernée de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier, d'obtenir l'administration des preuves pertinentes et valables offertes, de participer à l'administration des preuves essentielles et de se déterminer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (arrêts TF 8C\_484/2017 ; 8D\_3/2017 du 19 juin 2018 consid. 5.3.1 et les références citées). Le droit d'être entendu est de nature formelle, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1; 127 V 431 consid. 3d/aa). Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu peut toutefois être réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 I 68 consid. 2 ; 126 V 130 consid. 2b et les références). 9.2. A teneur de l'art. 49 al. 3, 2ème phrase LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 122 IV 8 consid. 2c). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés. Il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Ainsi, si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 consid. 2b; 112 Ia 107 consid. 2b). 9.3. En l'espèce, la violation du droit d'être entendu de la recourante doit être qualifiée de grave. En effet, alors qu'une opposition avait expressément été formée à l'encontre de la demande de restitution, la décision attaquée ne traite absolument pas de cette question, ni dans sa motivation, ni même dans son dispositif. Cette lacune laisse entendre que l'autorité intimée, dans le cadre de la procédure d'opposition, n'a absolument pas examiné les griefs de la recourante relatifs à cet aspect de la décision querellée, contrevenant ainsi à l'art. 52 al. 2, 2ème phrase, LPG. Une telle privation totale d'un degré de juridiction ne saurait être réparée en instance de recours. Par ailleurs, au vu de l'admission du recours sur la question du droit à la rente et du renvoi du dossier à l'autorité intimée pour calcul du montant de la rente, une réparation de la violation du droit d'être entendu ne saurait enfin se justifier au motif d'éviter un retard inutile de la procédure. Dans ces conditions, il convient d'annuler la décision attaquée sur ce dernier point et de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour traitement de l'opposition formée par la recourante à cet égard et nouvelle décision relative à la demande de restitution. 10. 10.1. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. 10.2. Ayant obtenu gain de cause, la recourante, représentée par un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Celle-ci est fixée ex aequo et bono à un montant de CHF 4'000.-, plus CHF 308.- au titre de la TVA (7.7%), soit à un total de CHF 4'308, ce qui correspond à un peu moins de 16 heures de travail facturées au tarif horaire de CHF 250.- applicable en l'espèce (art. 8 al. 1 du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative; RSF 150.12), plus les débours nécessaires. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. a. Partant, la décision sur opposition du 9 octobre 2018 est annulée et la recourante a droit à une rente LAA fondée sur un taux d'invalidité de 14%, dès le 1er janvier 2014. b. Le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour statuer sur l'opposition quant à la demande de restitution du montant IPAI de CHF 16'020.- perçu en trop. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué à la recourante une indemnité de partie, fixée à CHF 4'308.-, dont CHF 308.- au titre de la TVA (7.7%), 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 7 février 2020/isc Le Président : La Greffière :

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