

FR_GERICHTE 605 2019 7 vom 22. Januar 2020

FR Kantonsgericht, 2020-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_7

FR: FR_GERICHTE 605 2019 7 du 22 janvier 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 7 del 22 gennaio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité. Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Dûment représentée, la recourante est par ailleurs directement atteinte par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Le recours est en conséquence recevable.

E. 2

Règles relatives au droit à une rente.

E. 2.1

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. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon la jurisprudence, les circonstances prévalant lors de la naissance du droit à la rente sont essentielles pour procéder à une comparaison des revenus et, par conséquent, pour déterminer le taux d'invalidité. Il convient toutefois également de prendre en compte les modifications subséquentes survenant jusqu'à la date de la décision et pouvant influencer le droit mentionné (voir ATF 129 V 222 consid. 4.1; 128 V 274 consid. 4a).

E. 2.2

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide doit être évalué sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé. Compte tenu de ses capacités professionnelles et des circonstances personnelles, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Dans tous les cas, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'il aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt TF u 361/01 du 31 janvier

2003 et les références; cf. ég. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). La jurisprudence admet que le revenu sans invalidité puisse être déterminé en recourant à des données statistiques (cf., notamment, arrêts 9C_57/2017 du 21 avril 2017 consid. 5.2; 9C_376/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3, 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12

E. 2.3

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n. U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Si, en revanche, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

E. 3

Règles relatives au degré de preuve et à l'appréciation des documents médicaux.

E. 3.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Cela signifie que 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 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).

E. 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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).

E. 3.3

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

Discussion sur le droit de la recourante à une rente.

E. 4.1

En l'espèce, la SUVA nie tout droit de la recourante à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPG fait ressortir une absence de toute perte de gain. Ce constat est contesté par la recourante qui conclut quant à elle à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

E. 4.2

S'agissant d'abord du revenu qui aurait pu être obtenu sans atteinte à la santé (revenu de valide), la SUVA retient dans la décision attaquée qu'il peut être estimé à CHF 55'255.- par an, soit le revenu annuel que la recourante réalisait dans son activité professionnelle de laborantine au moment de l'accident survenu au printemps 2013 (voir déclaration de sinistre du 27 mars 2013 faisant état d'un salaire mensuel de CHF 4'150.- auquel s'ajoute un montant de CHF 5'455.- au titre de gratification/13ème salaire). Ce montant, non remis en cause par la recourante, peut être confirmé, sous réserve de l'indexation jusqu'au moment déterminant de la naissance du droit éventuel à la rente, soit le 1er janvier 2018 (fin du droit aux indemnités journalières au 31 décembre 2017).

E. 4.3

Quant au revenu que la recourante est capable de réaliser en dépit des séquelles de l'accident, la SUVA l'a fixé dans la décision attaquée au montant annuel de CHF 56'400.-, soit douze fois le salaire mensuel de CHF 4'700.- convenu pour son engagement au taux de 100% en qualité de réceptionniste auprès d'une entreprise active dans le domaine de l'entraînement et du loisir sportif (voir renseignements adressés à la SUVA le 21 octobre 2015 par l'employeur). Cet emploi a débuté le 29 avril 2014 et a pris fin le 30 juin 2018, suite à la résiliation du contrat de travail par l'employeur).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 La recourante s'oppose en substance à ce qu'un tel revenu annuel de CHF 56'400.- soit retenu au titre de revenu prenant en considération l'atteinte à la santé faisant suite à l'accident.

E. 4.3.1

Par une première critique, elle reproche à la SUVA de ne pas avoir pris en considération le fait qu'avant d'exercer son emploi de réceptionniste, elle avait travaillé comme laborantine au bénéfice d'un CFC. Ce grief, pour autant que sa portée puisse être comprise en lien avec la détermination du revenu encore exigible en tenant compte de l'atteinte à la santé liée à l'accident, n'est pas pertinent. En effet, il ressort expressément de la décision attaquée que l'activité de laborantine ne peut plus être exigée de celle-ci. C'est dès lors à juste titre que la SUVA ne s'est pas référée au revenu d'une telle activité pour fixer celui que la recourante était encore en mesure de réaliser suite à l'atteinte subie.

E. 4.3.2

Deuxièmement, reprochant à la SUVA de ne pas avoir pris en considération le certificat médical de sa médecin traitant attestant de difficultés à fournir une concentration complète et une disponibilité totale, la recourante paraît faire valoir qu'elle n'aurait pas eu, au moment déterminant pour la comparaison des revenus, soit le 1er janvier 2018, une capacité de travail totale dans l'activité de réceptionniste qu'elle exerçait alors depuis le printemps 2014. Dans son rapport d'appréciation médicale du 8 août 2018 (dossier SUVA pièce 284), Dr C. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, tout rappelant que la recourante souffre d'une neuropathie du nerf saphène pour laquelle divers traitements ont été tentés avec un succès relatif, retient que l'activité de réceptionniste telle qu'exercée jusqu'au 30 juin 2018 devrait pouvoir être pratiquée à temps complet avec un rendement normal. Il relève que cette activité consistait à assurer l'accueil et la gestion des clients et occasionnellement de servir au bar de la réception, de telle sorte qu'elle s'effectuait principalement en position assise avec alternance occasionnelle de position assise et debout, sans nécessité d'effort sur le membre inférieur atteint, l'installation de celui-ci en position légèrement surélevée étant également envisageable. Il précise que dans des activités de

rechange, l'exigibilité serait la suivante: place de travail principalement assise permettant l'alternance de position assise et de position de bout, pas de station debout prolongée, pas de marche sur de longues distances, pas de montée et descente répétées d'escaliers ou d'échelles, pas de travail en position de contrainte des genoux et des chevilles, pas de position de travail à genoux. La recourante ne met pas sérieusement en cause cette appréciation médicale. La seule référence aux rapports établis par sa médecin traitant, Dre D._____, médecin responsable du Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital E._____, n'est en particulier pas suffisante à cet égard. Dans son rapport du 17 septembre 2018 auquel il est fait référence dans le recours (dossier SUVA pièce 295), tout en relevant que la lésion du nerf saphène ne porte aucun préjudice d'un point de vue fonctionnel, cette médecin se limite en effet à indiquer qu'il lui semble logique de reconnaître qu'en raison de la douleur neuropathique, avec des accès paroxystiques pluri-journaliers, il est difficile à la recourante de « fournir à 100% une concentration et une disponibilité totale ». Elle renonce toutefois expressément à chiffrer une éventuelle incapacité de travail. Quant aux autres avis médicaux figurant au dossier, notamment ceux établis respectivement le 2 juin 2017, le 14 mai 2018 et le 28 juin 2018 par les médecins de l'Hôpital F._____, de G._____ et de H._____ (dossier SUVA pièces 185, 256 et 277), ils font eux aussi référence à l'existence d'une situation stabilisée avec des douleurs neuropathiques chroniques, accompagnées d'allodynie. Ces médecins qui ont été consultés essentiellement en lien avec les

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 chances et risques d'une nouvelle intervention chirurgicale ne se prononcent toutefois pas non plus sur la question de la capacité de travail. Il y a dès lors lieu de retenir que, en dépit de ses douleurs, la recourante est entièrement apte à exercer une activité adaptée à temps plein et sans perte de rendement, telle que celle de réceptionniste qui était la sienne jusqu'au 30 juin 2018. Cela est du reste encore confirmé tant par ses déclarations selon lesquelles elle a appris à gérer ses douleurs et à s'en accommoder malgré des troubles de la mémoire et une fatigue due à la médication (voir rapport d'assessment du 19 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité, dossier SUVA pièce 270) que par la prise de position du médecin SMR qui, en vue d'une mesure de reclassement de l'assurance-invalidité, a attesté une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (voir courriel du 19 février 2019, annexé aux contre-observations de la recourante).

E. 4.3.3

C'est ainsi à raison que la SUVA a retenu qu'à la date du 1er janvier 2018 déterminante pour la comparaison des revenus, la recourante était capable de réaliser un revenu annuel de CHF 56'400.-, malgré l'atteinte résultant des suites de l'accident subi en 2013. Il peut encore être relevé à cet égard qu'il est sans importance que l'autorité compétente en matière d'assurance-invalidité ait octroyé en 2019 des mesures d'ordre professionnel sous la forme de la prise en charge d'une nouvelle formation dans une profession validée par un CFC. En effet, il ressort du dossier que la recourante souffre ou a souffert d'autres atteintes à la santé que celles en lien de causalité avec l'accident de 2013, parmi lesquelles des troubles de nature psychiques qui ont en particulier justifié une incapacité de travail durant l'été 2017.

E. 4.4

Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que la SUVA a conclu à l'absence de toute perte de gain significative résultant de la comparaison entre le revenu de valide de CHF

55'255.- par an, même augmenté de l'indexation entre 2013 et 2018, et le revenu de CHF 56'400.- par an que la recourante aurait pu réaliser à la date déterminante du 1er janvier 2018 en dépit de l'atteinte à la santé faisant suite à l'accident. La décision attaquée sera en conséquence confirmée en tant qu'elle nie le droit à une rente d'invalidité.

E. 5

Règles relatives au droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 5.1

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]).

E. 5.2

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, n. 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème édition 2007, n. 235; arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b).

E. 5.3

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales (arrêt TF 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références).

E. 5.4

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe).

E. 6

Discussion sur la fixation du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due à la recourante.

E. 6.1

Dans son rapport d'appréciation médicale du 8 août 2018 (dossier SUVA pièce 283), Dr C._____ évalue l'atteinte à l'intégrité à 10%. Il se base en cela sur la table 2.2 des barèmes d'indemnisation applicables, selon laquelle un tel taux peut être retenu pour une paralysie du nerf

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 sciatique poplité externe. Il ajoute que tel est partiellement le cas de la recourante, mais que sa situation est aggravée par les dysesthésies et les paresthésies. Puis, dans son rapport complémentaire du 8 novembre 2018 (dossier SUVA pièce 301), il précise à nouveau que même s'il s'agit dans le cas particulier d'une paralysie partielle du nerf sciatique poplité externe, l'atteinte peut être indemnisée comme s'il s'agissait d'une paralysie complète pour tenir compte de la gêne occasionnée par les dysesthésies.

E. 6.2

La recourante est en désaccord avec cet avis. Elle estime qu'elle a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 20%, en se référant à des indications qui lui auraient été communiquées oralement par Dr C._____, ainsi qu'à des éléments médicaux au dossier « permettant de remettre en doute » le taux de 10%. Ces deux arguments ne sont à l'évidence pas suffisants pour remettre en cause l'appréciation

effectuée par le médecin d'arrondissement. Premièrement, celui-ci a indiqué dans son rapport complémentaire ne pas se souvenir d'avoir tenu les propos qui lui sont prêtés et qui, quoi qu'il en soit, n'auraient pas pu prévaloir sur l'évaluation précisément motivée qu'il a effectuée dans son rapport écrit. Deuxièmement, alors que l'appréciation du médecin d'arrondissement se base sur une argumentation étayée se référant aux barèmes d'indemnisation applicables, prenant par ailleurs en compte indirectement et de façon favorable à la recourante les dysesthésies qui ne constituent en elles-mêmes pas une atteinte indemnisable au sens de l'art. 24 al. 1 LAA, la recourante se limite à se référer de façon générale à des éléments médicaux, sans préciser lesquels et sans indiquer en quoi ils seraient susceptibles de remettre en question l'estimation confirmée par l'autorité intimée. Enfin, aucun élément au dossier ne permet de retenir qu'un taux plus élevé que 10% aurait dû être retenu.

E. 6.3

La décision attaquée sera en conséquence également confirmée en tant qu'elle fixe l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au montant de CHF 12'600.- fondé sur un taux de 10%.

E. 7

Sort du recours et frais.

E. 7.1

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être intégralement rejeté et la décision sur opposition du 20 novembre 2018 confirmée.

E. 7.2

Il n'est pas perçu de frais de procédure en raison du principe de gratuité valant en la matière, quand bien même la question de la témérité du recours se pose.

E. 7.3

Vu le sort du recours, il n'est pas alloué de dépens.

E. 8

Requête d'assistance judiciaire (605 2019 9)

E. 8.1

La recourante sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre du recours contre la décision sur opposition du 20 novembre 2018.

E. 8.2

Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), 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 pour un plaideur raisonnable (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

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 sùretés (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). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3). 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).

E. 8.3

S'agissant de la condition des chances de succès, il faut constater que les arguments invoqués par la recourante pour contester les deux points litigieux n'étaient que très peu étayés et se sont révélés clairement infondés. En particulier, s'agissant de la revendication d'une rente, la seule comparaison entre le revenu réalisé avant l'accident dans l'activité professionnelle de laborantine avec celui qui aurait pu être réalisé en prenant compte de l'atteinte à la santé dans la nouvelle activité de réceptionniste exercée à temps complet met en évidence l'absence de perte de gain. Par ailleurs, le taux d'activité à 100%, exigible selon l'avis du médecin d'arrondissement, n'est remis sérieusement en doute par aucun des médecins traitants, ceux-ci ne se prononçant même pas sur cette question. Quant au montant de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, la recourante ne fait état d'aucune critique précise qui aurait pu permettre d'expliquer sa position selon laquelle le taux de 10% serait insuffisant. Dans ces conditions, il faut retenir que, plaidant à ses propres frais et après mûre réflexion sur les chances de succès de sa démarche, la recourante n'aurait pas pris le risque d'engager le procès en déposant un recours contre la décision sur opposition du 20 novembre 2018. La condition des chances de succès n'étant pas remplie, la requête d'assistance judiciaire doit être rejetée déjà pour ce seul motif, sans frais. A cela s'ajoute que, selon les informations ressortant du dossier administratif constitué en matière d'assurance-invalidité (voir observations de la SUVA du 12 avril 2019), la recourante paraît disposer d'une assurance de type protection juridique qui pourrait éventuellement couvrir les frais d'une procédure de recours contre une décision rendue par son assureur-accidents. Or, une telle prise en charge lui permettrait de défendre ses droits sans avoir recours à l'aide de l'Etat. La question de cette prise en charge éventuelle par une assurance privée et de ses effets sur le droit à l'assistance judiciaire peut toutefois rester ouverte, la requête tendant à l'octroi de cette assistance devant être rejetée pour une autre raison.

E. 9

Requête d'effet suspensif (605 2019 8) L'arrêt rendu ce jour sur le fond rend sans objet la requête d'effet suspensif déposée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (605 2019 7) est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 20 novembre 2018 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2019 9) est rejetée. III. La requête d'effet

suspensif (605 2019 8) est sans objet. IV. Il n'est pas perçu de frais de procédure. V. Il n'est pas alloué de dépens. VI. 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 janvier 2020/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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