

FR_GERICHTE 605 2021 85 vom 9. März 2022

FR Kantonsgericht, 2022-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_85

FR: FR_GERICHTE 605 2021 85 du 9 mars 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 85 del 9 marzo 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 21

mars 2012. L'assurance a ensuite diligenté une expertise neurologique avec avis d'orthopédie auprès du Dr C. _____, spécialiste en neurologie, et du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans leur rapport du 13 octobre 2015, ils pensaient qu'une capacité de travail de 60% pouvait être atteinte dans une activité adaptée. Enfin, elle a encore interrogé le Dr E. _____, spécialiste en neurologie, et du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans leurs rapports du 8 et du 19 décembre 2017, ceux-ci 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. 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 a pris en charge diverses mesures de réadaptation ainsi que soutenu l'assurée dans l'obtention d'un CFC d'employée de commerce. Par la suite, le 1er août 2017, l'assurée a commencé une activité de secrétaire-réceptionniste à 50% auprès de la Résidence G. _____, à H. _____. Par décision du 6 décembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestation sur la base d'un degré d'invalidité de 36.59%. Cette décision a été confirmée sur recours (605 2018 23) par le Tribunal cantonal dans un arrêt du

E. 22

juillet 2019. D. Par décision du 10 mars 2020, confirmée sur opposition le 22 février 2021, la Vaudoise a reconnu à son assurée le droit à une rente de l'assurance-accidents basée sur un taux de 25%. Cette dernière s'était, auparavant, vu reconnaître une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 36% par décision sur opposition du 4 décembre 2015. E. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me René Schneuwly, avocat, interjette recours (605 2021 85) devant le Tribunal cantonal le 24 mars 2021 concluant, avec suite de frais et

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 dépens, principalement, à l'octroi d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 43% et, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise (orthopédie et neurologie). Renvoyant pour l'essentiel à son argumentation figurant dans son précédent mémoire de recours, elle se réfère à une partie des considérants figurant dans l'arrêt du 22 juillet 2019 du Tribunal cantonal (605 2018 23), notamment quant à la détermination de son revenu de valide et à l'évaluation de sa capacité de travail. Elle

conteste toutefois la capacité de travail de 65% retenue par l'autorité intimée, affirmant qu'elle ne serait que de 50%, se référant aux avis de ses médecins traitants qu'elle estime plus convaincants que les experts mandatés. Selon elle, ces derniers n'ont pas tenu compte du fait qu'elle souffre d'un dysfonctionnement musculaire. Par ailleurs, elle regrette que l'assurance-accidents se concentre sur l'aspect médical de sa situation, perdant de vue son aspect économique. Elle demande, par ailleurs, la tenue de débats publics. Parallèlement, elle requiert (605 2021 86) l'octroi de l'assistance judiciaire totale et à ce que son mandataire soit nommé défenseur d'office. Une suite favorable y a été donnée par décision du 11 novembre 2021. Dans ses observations du 10 mai 2021, la Vaudoise propose le rejet du recours. L'assurée intervient, par la suite, les 14 avril 27 mai, 8 novembre et 28 novembre 2021. Des débats publics ont eu lieu le 2 février 2022. A cette occasion, elle a affirmé, en substance, qu'il était nécessaire de conserver une certaine hauteur par rapport aux expertises médicales, lesquelles ne sont selon elle pas représentatives de ce que vivent réellement les personnes atteintes dans leur santé. Elle a également décrit son état de santé depuis la survenance de l'accident, précisant s'être formée pour ne plus dépendre des assurances sans que cela ne lui permette de travailler à plus de 50% dans une activité adaptée. 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. Recevabilité Le recours 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. Partant, le recours est recevable.

2. Dispositions générales relatives à l'assurance-accidents 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose donc en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 LPGA). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées).

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b; 117 V 369 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5a). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet

accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 s., consid. 3b). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b). 2.3. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). De même, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274). 3. Dispositions relatives au droit à la rente 3.1. 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. 3.2. 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 citées; 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 citées). 3.3. 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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). Le principe constitutionnel de l'égalité de traitement commande de recourir aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, sans tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêt TF 9C_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4 et les arrêts cités). 4. Discussion sur l'évaluation de la capacité de travail Est essentiellement litigieuse l'évaluation de l'impact de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail. 4.1. Dans son précédent arrêt du 22 juillet 2019 (605 2018 23-130), la Cour s'était référée aux conclusions des différents experts interrogés, à savoir le Dr C._____, le Dr D._____, le Dr E._____ et le Dr F._____ (dossier Vaudoise, pièces 153, 193, 194, 203 et 260). 4.1.1. La Cour avait alors confirmé la valeur probante de ces différents rapports sur le plan formel. Elle constatait que les experts avaient une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical, et relevait qu'ils se fondaient sur des examens complets et prenaient dûment en compte les plaintes de l'assurée. Ils présentaient des conclusions bien argumentées et procédaient à une étude circonstanciée des principaux points litigieux. Le précédent arrêt avait été rendu dans une procédure en assurance-invalidité. Cela étant, les conclusions auxquelles la Cour était parvenue peuvent être reprises dans le cadre de la présente procédure, étant rappelé qu'elles se fondaient essentiellement sur le dossier de l'assurance- accidents, en particulier les expertises diligentées par celle-ci. A ce stade néanmoins, la Cour prend note que la recourante reproche aux experts de s'être fondés sur un rapport d'observation du 18 juin 2018, lequel serait incompatible avec la jurisprudence applicable en matière de détectives privés (cf. ATF 143 I 377). La question de la valeur probante de ces rapports sur le plan formel ayant déjà été tranchée, il n'est pas nécessaire d'y revenir. Tout au plus il sied de

relever que cette mesure d'observation est postérieure aux différents examens et rapports d'expertise de sorte qu'elle ne saurait avoir a priori eu une incidence sur le travail des experts (2015 et 2017). Tout au plus doit-on admettre que le Dr E. _____ a pu prendre connaissance, dans un second temps, du contenu de cette enquête et l'évoque dans son rapport complémentaire du 25 août 2020 (dossier Vaudoise, pièce 260). Pour autant, l'expert ne fonde pas ses conclusions sur ce document, ne le mentionnant que comme un indice confirmant son appréciation. Cela ne saurait suffire à invalider son raisonnement et ses conclusions. 4.1.2. Cela étant, il n'est pas sans intérêt de rappeler le contenu de ces différents rapports d'expertise dans le cadre du présent arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Sur le plan neurologique, les experts retiennent des diagnostics semblables, en particulier de "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". Ces atteintes sont toutes en lien avec l'accident du 17 septembre 2011. S'agissant, ensuite, des atteintes d'ordre orthopédique, les experts évoquent des atteintes au l'"hémibassin", des atteintes au membre inférieur droit, des cervico-lombalgies irradiant au niveau de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs ainsi que des chondropathies varisantes. Cependant, seules les atteintes au bassin et au membre inférieur droit sont en relation de causalité avec l'accident de 2011. Selon eux, les autres atteintes ne sont pas d'origine accidentelle et ne sont, de ce fait, pas à charge de l'assurance-accidents. S'agissant de la capacité de travail, les experts s'accordent sur le fait que, sur le plan strictement orthopédique, une reprise complète du travail dans une activité semi-assise est concevable. Ils font également état, globalement, de limitations fonctionnelles semblables, considérant une activité de type administratif, sans effort physique, sans port de charges de plus 5 kg et permettant les changements de position fréquents, comme adaptée à l'état de santé de la recourante. En revanche, ils ne se rejoignent pas entièrement sur l'évaluation de la capacité de travail de cette dernière. Alors que les Drs C. _____ et D. _____ estimaient que l'assurée était en mesure de travailler à 60% dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, les Drs E. _____ et F. _____ étaient plus optimistes, évoquant pour leur part une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. 4.1.3. Dans son précédent arrêt, la Cour avait déjà relevé cette "légère divergence" mais avait estimé qu'il n'était pas nécessaire de la trancher. En effet, somme toute marginale, elle n'avait alors pas d'incidence sur le droit à la rente compte tenu des seuils dans le domaine de l'assurance- invalidité. Dans sa décision, la Vaudoise a procédé au même constat et a retenu une incapacité de travail de 65%, à savoir la moyenne entre la capacité de travail de 60% retenue par les premiers experts et le taux de 70% retenu par les seconds. Une différence d'appréciation est inhérente à tout travail d'évaluation. En l'occurrence, les experts ont des raisonnements et des conclusions concordantes (diagnostics, dossier à disposition, constats, etc.). Dans ce contexte, la différence d'appréciation n'est pas en lien avec des motifs objectifs mais avec le fait – inévitable – que deux médecins n'auront pas exactement la même appréciation d'une situation identique. Pour autant, médicalement, les deux conclusions sont convaincantes et aucune ne paraît primer sur l'autre. Or, on ne peut exiger de l'assurance qu'elle ordonne une nouvelle expertise – coûteuse et chronophage – en vue de trancher une différence d'appréciation

autant minime, bien qu'elle ait finalement un certain impact sur le droit aux prestations de l'assurée. Il n'est pas ici nécessaire de déterminer qui, entre deux experts, a le plus raison. Bien que ne se fondant pas stricto sensu sur une appréciation médicale, la manière de faire de l'assurance- accidents peut ici être confirmée. Au vu de la différence minime entre les appréciations des différents experts – qui ne porte que sur la quantification de la capacité de travail mais non sur les diagnostics et sur les limitations fonctionnelles – il est, en effet, légitime de faire une application par analogie

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 des principes s'appliquant aux rapports indiquant la capacité de travail sous la forme d'une fourchette de valeurs (arrêt TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011 et les références citées). 4.2. Reste à déterminer si, comme le prétend la recourante, l'évaluation concordante des experts peut être mise en cause par d'autres rapports médicaux. 4.2.1. La recourante se prévaut d'un rapport du Dr I. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au sein de la clinique de médecine de J. _____, daté du 6 juillet 2020. Dans son rapport, le médecin diagnostique une "monoplégie post traumatique" du membre inférieur droit, des "douleurs neuropathiques invalidantes du nerf sciatique droit", un "syndrome myofascial locorégional cervico-scapulaire et lombo-scaré en en lien avec l'utilisation des moyens auxiliaires (cannes, fauteuil roulant manuel)" et un "panhypopituitarisme sous substitution depuis l'adolescence". Il estime que ces troubles limitent l'assurée à une activité à un taux de 50%, sans diminution de rendement. Augmenter le temps de présence occasionnerait, à ses yeux, une diminution de rendement, ce qui n'aboutirait pas à un changement dans la capacité de gain de sa patiente (dossier Vaudoise, pièce 256). Cette appréciation n'est cependant pas convaincante. L'on constate ainsi d'emblée que, lorsqu'il a examiné l'assurée et rendu son rapport le 6 juillet 2020, le médecin ne disposait pas d'un dossier complet. En effet, non seulement ne fait-il aucune référence à de quelconques pièces médicales, mais il admet surtout ne pas avoir lu les expertises. Son appréciation est donc essentiellement fondée sur les informations données par sa patiente. Or, ces indications ne semblent pas toujours être exactes, l'assurée indiquant par exemple au médecin que "sa capacité de travail [...] a été située entre 50 et 100% par 3 experts différents", ce que la lecture du dossier infirme. Ce rapport n'est dès lors manifestement pas basé sur une bonne connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. A ce stade, l'on relève que la seule affirmation de la recourante selon laquelle le Dr I. _____ maintiendrait ses conclusions après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr E. _____ (cf. courrier du 16 novembre 2020, dossier Vaudoise, pièce 268) ne saurait convaincre. Cette affirmation n'est pas avérée, en l'absence de pièce la prouvant, de sorte qu'elle ne peut pas être prise en compte. En outre, même si le médecin n'a pas changé d'avis après avoir consulté l'expertise neurologique de 2017, la seule lecture de quelques pièces médicales supplémentaires par celui-ci – leur identité n'étant pas déterminable ici, le médecin ne donnant pas la liste des pièces consultées – ne saurait être comprise comme une connaissance suffisante d'un dossier, surtout comparé à celle des différents experts qui avaient pour leur part l'entier du dossier assécurologique à leur disposition. Il ne s'agit quoi qu'il en soit pas du seul motif de nier une force probante au rapport du Dr I. _____. On relève que le médecin ne procède ni à une étude circonstanciée des points litigieux, ni ne motive ses conclusions d'une manière convaincante. En effet, bien que spécialiste en médecine physique et réadaptation, il évalue des troubles neurologiques en se fondant sur des critères applicables aux troubles d'ordre psychique, renvoyant expressément aux critères figurant dans l'ATF 141 V 281. Il se réfère dès lors à des critères et à des troubles qui s'écartent de son domaine de spécialisation. Par

ailleurs, on constate que le médecin pourrait prendre en compte des atteintes qui ne sont pas causales à l'accident. Il retient par exemple le diagnostic de panhypopituitarisme, soit une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 insuffisance de sécrétion des hormones régulées par l'hypophyse, présent depuis l'adolescence et probablement congénital. Or, le rapport ne permet de pas distinguer l'aspect invalidant ou non de ce trouble, lequel ne doit pourtant pas être pris en compte dans le cadre de l'évaluation du droit à une rente de

l'assurance-accidents. A tout le moins, cet exemple démontre à nouveau la motivation clairement insuffisante du rapport du Dr I. _____, lequel ne saurait convaincre. 4.2.2. Le

rapport du 11 juin 2019 du Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie, ne permet pas non plus de revenir sur l'évaluation de la capacité de travail déterminée par les experts.

Dans son rapport, l'anesthésiologiste indique que le taux d'activité de 50% est "adéquat eu égard aux douleurs présentées par [l'assurée]". Cette capacité de travail découlerait de douleurs du bassin suite à une fracture, d'une lésion neurologique au niveau du nerf sciatique survenue lors d'une intervention d'ostéosynthèse ainsi que des répercussions de l'utilisation des cannes anglaises sur son squelette (dossier Vaudoise, pièce 240).

Cependant, l'on ignore totalement sur quoi se base le médecin pour fonder son appréciation, que cela soit son propre examen, d'éventuels rapports médicaux ou les seules affirmations de sa patiente. Le médecin n'émet aucun diagnostic précis, se contenant de renvoyer à de vagues zones douloureuses telles que le bassin, le nerf sciatique, le bas du dos ou la nuque.

Il n'indique pas non plus la fréquence du suivi ni sa nature. Cet avis n'est enfin pas motivé, le médecin se contentant de traiter en deux paragraphes de quelques lignes les problématiques de la capacité de travail (5 lignes) et de la causalité (11 lignes). Force est de

constater que ce rapport s'apparente plus à un simple certificat médical qu'à un réel rapport médical argumenté. 4.2.3. Enfin, il convient de rappeler que, dans son précédent arrêt, la

Cour de céans avait déjà statué quant aux rapports des médecins traitants de la recourante, à savoir le Dr L. _____, spécialiste en neurologie (dossier Vaudoise, pièces 111 et 1444),

le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier Vaudoise, pièces 5, 21, 58, 72, 79, 100, 111, 133, 206 et 214), et le Dr

N. _____, spécialiste en médecine générale (dossier Vaudoise, pièces 79, 90, 167 et 175). Elle avait dès lors considéré que ces rapports ne permettaient pas de mettre en doute

les conclusions des différents experts interrogés. En l'absence d'autres rapports propres à la présente cause et attestant d'une péjoration manifeste de l'état de santé, l'on peut renvoyer à

l'argumentation figurant dans cet arrêt (cf. consid. 6). 4.3. Pour l'ensemble des motifs qui précèdent, force est de constater qu'aucun élément déterminant, que l'autorité intimée aurait

omis de prendre en compte, ne justifie de se distancier de ses conclusions selon lesquelles l'assurée demeure en mesure de travailler à un taux de 65% à un poste d'employée de

commerce tel qu'occupé actuellement. Pour le surplus, la Cour se doit de confirmer les montants retenus au titre de revenus de valide et d'invalidé, lesquels sont conformes à ceux

figurant dans son précédent arrêt du 22 juillet 2019 (605 2018 23). Il a déjà été répondu aux griefs figurant dans le mémoire de recours du 26 janvier 2018 dans le cadre de l'arrêt du 22

juillet 2019 (605 2018 23). Quand bien même ces griefs sont "entièrement

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 allégué[s]" par la recourante dans le cadre de la

présente procédure, il n'est manifestement pas nécessaire d'y revenir. Il n'en demeure pas

moins que la Cour est bien consciente de la souffrance et les difficultés exprimées par la

recourante, en particulier lors de la séance de débats publics. La Cour salue la capacité et la

volonté de la recourante à réaliser une nouvelle formation et trouver un nouvel emploi,

malgré ses problèmes de santé et ses douleurs quotidiennes. Cependant, selon les principes applicables en matière d'appréciation des preuves, les difficultés alléguées ne permettent pas de mettre en cause les conclusions d'une expertise lorsque celle-ci est considérée comme probante. Or, tel est bien le cas en l'espèce. 5. Sort du recours 5.1. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 22 février 2021 confirmée. 5.2. L'assurée, qui succombe, doit supporter les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire totale lui a été accordée. 5.3. N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas se voir reconnaître le droit à une indemnité de partie. En revanche, conformément aux art. 142 et 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), le mandataire de la recourante peut prétendre ici à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office. Le 15 février 2022, celui-ci a transmis sa liste de frais, d'un montant total de CHF 3'601.50, à savoir CHF 3'156.20 au titre d'honoraires, CHF 157.80 au titre de débours forfaitaires (5%), CHF 30.- au titre de frais de déplacements et CHF 257.50 au titre de la TVA (7.7%). Cela étant, 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 inclut un tarif des photocopies qui ne correspond pas aux exigences du Tarif cantonal (cf. art. 9 al. 2 Tarif JA). En outre, les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du règlement cantonal du 30 novembre 2010 sur la justice, RJ; RSF 130.11). Elle fait encore état de frais d'ouverture du dossier de CHF 12.-, lesquels doivent être écartés car ne faisant pas partie de l'indemnité prévue à l'art. 61 let. g LPGa (arrêt TF 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5.3). L'on constate par ailleurs que certaines opérations – par exemple en lien avec l'assurance O. _____ – ne concernent pas la présente procédure. Enfin, il convient de tenir compte du tarif de CHF 180.- applicable à l'indemnité horaire (art. 12. al. 2 Tarif JA). Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations figurant 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 1'992.45, à savoir à CHF 1'800.- au titre d'honoraires (10.- heures à CHF 180.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 142.45 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 Pour rappel, si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée. III. L'indemnité allouée au défenseur d'office est fixée à CHF 1'992.45, dont CHF 142.45 au titre de la TVA (7.7%), et mise intégralement à la charge de l'état de Fribourg. 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 9 mars 2022/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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