

FR_GERICHTE 605 2022 181 vom 29. August 2023

FR Kantonsgericht, 2023-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_181

FR: FR_GERICHTE 605 2022 181 du 29 août 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 181 del 29 agosto 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée valablement représentée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2

Règles relatives au droit à une rente de l'assurance-invalidité

E. 2.1

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), 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.

E. 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)

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 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, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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.

E. 2.3

Les dispositions régissant la rente d'invalidité ont été modifiées dès le 1er janvier 2022. Selon l'art. 28b al. 1 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. L'al. 2 dispose que, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Selon l'al. 3, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à

70%, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%. Comme cela était déjà le cas en vertu de l'ancien droit, aucune rente n'est octroyée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 40%. En lien avec cette modification, le législateur a prévu des dispositions transitoires. Ainsi, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b LAI se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Tel est le cas en l'espèce, la demande de rente ayant été déposée le 22 mars 2005.

E. 2.4

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 (art. 16 LPGA).

E. 2.4.1

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 135 V 297; 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF 9C_214/2009 du 11 mai 2009 consid. 5.2). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2).

E. 2.4.2

Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'ESS peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison

d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 146 V 16 consid. 4.1; 126 V 75 consid. 5b/aa). Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 précité consid. 5b/bb; arrêt TF 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 6.1.2 et les références citées). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 5.5 et les références citées).

E. 3

Règles relatives à l'appréciation des documents médicaux 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 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 3.1

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).

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. En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du dossier (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. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

E. 4

juillet 2011 (dossier AI pièce 155). Ils retiennent deux diagnostics : un traumatisme crânio-cérébral avec commotion et une agoraphobie avec trouble panique. Il est en particulier relevé qu'aucune anomalie particulière n'est observée sur le plan neurologique et que les lésions sur le plan rhumatologique et de la médecine interne sont modérées, compatibles avec l'âge et ne présentent pas de complication. Tous les experts estiment que la capacité de travail de la recourante est totale pour la branche médicale qui les concerne, à l'exception de l'experte psychiatre qui retient une capacité de travail de 50% dans toute activité. A noter que plusieurs incohérences ont été relevées dans le cadre de cette expertise, ou doivent l'être.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 Dans le cadre de l'examen de médecine interne générale, l'expert relève que la recourante "se présente d'abord le regard fixe et hagard, et donne les réponses aux questions posées lors de l'anamnèse avec une certaine latence. Puis, centrée sur son conflit avec ses assurances, elle devient prolix, démontrant une bonne mémoire des faits, des examens réalisés et pour quelles raisons elle se déclare insatisfaite face à ses prises en charge initiales puis certaines prises en charge ultérieures, réfutant d'emblée toute idée de participation psychique à ses plaintes. [...] Mme a un ton soutenu et ferme, aucune latence à ce moment-là. Le focus de l'attention est maintenu". Ainsi, ses plaintes relatives à des troubles de l'attention sont à relativiser. En outre, au chapitre des plaintes actuelles de la recourante, il est indiqué que ses douleurs sont entre 8 et 10 sur 10 en permanence et qu'elle ne prend pas systématiquement un antalgique, mais uniquement lorsqu'elle n'en peut plus. Or, l'expert précité relève qu'elle "n'affiche pas un comportement algique. La gestuelle est normale, sans épargne". De même, au niveau du status ostéoarticulaire, il est constaté une forme d'auto-limitation: "Mobilité cervicale variable: non centrée sur le test Mme adopte une gestuelle normale de la nuque. Lors des mesures, auto-limite les mouvements à 20° de rotation, DMS 5-12 cm alors qu'on a observé juste avant une flexion complète lors du

déshabillage et des rotations complètes lorsqu'elle apporte et nous confie ses radiographies". De plus, l'experte en neuropsychologie expose ce qui suit: "L'organisation et la planification de tâches multiples est sans déficit: les tâches sont correctement planifiées, hiérarchisées, les consignes sont bien respectées, la gestion du temps est bonne ; il existe une bonne plasticité des ressources, des facultés intactes pour la précision et l'anticipation; l'expertisée peut commencer une tâche, en faire quelques items puis la reprendre dans un deuxième temps, en fonction des impératifs de la gestion du temps et des consignes qui lui ont fait juger opportun de privilégier entre-temps une autre tâche. Ces processus développés de manière harmonieuse spontanément, ne témoignent pas à l'occasion de cette tâche de difficulté de planification fine, ni de trouble à la hiérarchisation et d'établissement de priorités".

E. 4.1

D._____ Par mandat du 24 juin 2020, l'Office AI a confié à E._____ l'expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, psychiatrie et ORL) de la recourante. Cette expertise est réalisée par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne et responsable du cas, le Dr G._____, neurologue, la Dre H._____, psychiatre, et le Dr I._____, otoneurologue. Il est tout d'abord constaté que l'expertise a été dûment menée. Elle prend en compte les plaintes de la recourante, ainsi que les rapports médicaux antérieurs, les experts ont mené leur propre examen clinique, sont parvenus à un consensus et leurs résultats sont motivés. Les experts posent les diagnostics suivants : vertiges chroniques d'origine fonctionnelle, persistent postural perceptual dizziness (PPPD), status post traumatisme crânio-cérébral mineur, ainsi que possibles troubles cognitifs légers (résolus depuis 2007). A noter qu'ils ne retiennent aucun diagnostic au plan psychiatrique et exposent les raisons pour lesquelles ils rejettent les diagnostics psychiatriques mentionnés dans les rapports médicaux antérieurs. Tenant compte des diagnostics posés, les experts retiennent une capacité de travail totale sans diminution de rendement depuis au moins 2007. S'agissant de l'activité exigible, ils exposent ce qui

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 suit : "Les vertiges sont attribués au trouble vestibulaire fonctionnel chronique type persistent postural perceptual dizziness (PPPD) avec une sensation de tangage et ébriété persistante et des vertiges induits par la vision non corrélée à une atteinte organique. Une activité adaptée est toute activité légère et sédentaire privilégiant la position assise et évitant si possible les mouvements répétitifs de la tête et une activité prolongée sur écran. L'activité habituelle de vendeuse spécialisée, responsable de rayon, pourrait être adaptée et respecter ses limitations. Nous ne retenons pas de limitation sur le plan psychiatrique". Selon eux, la recourante "présente une excellente concentration et attention avec des capacités cognitives à un excellent niveau. Elle est motivée avec un esprit clair, une discussion fluide, formative, bien structurée". Les experts ne relèvent pas d'incohérence dans l'expertise. Selon eux, "bien qu'il n'y ait pas de substrat organique expliquant la symptomatologie de l'expertisée, le diagnostic de vertiges chroniques d'origine fonctionnelle «persistent postural perceptual dizziness (PPPD)» pourrait expliquer ses symptômes". Ils notent toutefois que le niveau d'activités et de loisirs quotidiens ainsi que la journée type et la vie sociale très active à un excellent niveau contrastent avec les plaintes de l'expertisée, tout en précisant que cela ne met pas en doute l'authenticité de ses symptômes d'ordre fonctionnel.

E. 4.2

Expertises pluridisciplinaires antérieures

E. 4.2.1

J._____ Une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, oto-rhino-laryngologie et neurologie) a été menée par la clinique J._____, dont les résultats ont été consignés dans un rapport du 4 octobre 2012 (dossier AI pièce 181; cf consid. C) Suite à des révélations concernant la clinique qui a mis en œuvre cette expertise pluridisciplinaire et la demande de révision déposée par la recourante, le Tribunal cantonal a toutefois nié toute valeur probante à cette expertise et requis de l'Office de l'assurance-invalidité qu'il en ordonne une nouvelle.

E. 4.2.2

AK._____ Cette expertise, mandatée par la SUVA dans le cadre de la procédure qui la concerne, est réalisée par la Dre K._____, spécialiste ORL, le Dr L._____, neurologue, M._____, neuropsychologue, la Dre N._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, et le Dr O._____, psychiatre. Les résultats de cette expertise sont consignés dans un rapport du

E. 5

Rapports médicaux

E. 5.1

Depuis la chute du 2 février 2004 jusqu'à la 1ère décision de l'OAI du 16 décembre 2014 Le 18 février 2004, le Dr P._____, neurologue, estime que le status neurologique est normal. Il indique que l'évolution est favorable, notamment pour ce qui concerne les douleurs. Selon lui, la recourante devrait progressivement augmenter ses activités physiques puis reprendre progressivement une activité professionnelle (dossier AI pièce 32). Dans le rapport médical du 3 août 2004, la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale, constate un état anxieux avec somatisation post-traumatique. Selon elle, il n'y a probablement pas de dommage permanent (dossier AI pièce 32). Dans les rapports médicaux du 20 août 2004, du 18 septembre 2004 et du 1er décembre 2004, le Dr R._____, médecin généraliste traitant, retient les diagnostics suivants : troubles paniques et agoraphobie post-traumatique (état anxieux avec somatisation post-traumatique), ainsi que nuchalgies. Il précise que ces dernières diminuent progressivement suite aux manipulations

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 chiropratiques et que les crises de panique commencent à être maîtrisées. Il ne craint pas de dommage permanent (dossier AI pièce 32). Dans ses rapports médicaux du 30 août 2004 et du 11 novembre 2004, le Dr S._____, chiropraticien traitant, retient les diagnostics de cervicalgies, de céphalées et de vertiges par dysfonction articulaire. Il ajoute qu'il semble que la recourante ait été touchée au niveau émotionnel/psychologique par l'accident, ce qui jouerait un rôle dans l'évolution de son cas. S'il renvoie au Dr R._____ pour la question de la reprise du travail, il indique qu'il n'y a en principe pas à craindre un dommage permanent (dossier AI pièce 32). Le Dr T._____, neurologue, diagnostique, dans son rapport médical du 17 novembre 2004, une brève commotion cérébrale, une contusion vestibulaire et une distension cervicale. Il expose que la recourante a développé un état d'anxiété, qui peut contribuer à aggraver les troubles à caractère cognitif et dysexécutif et les troubles attentionnels. Il constate toutefois que les troubles à caractère vestibulaire et le syndrome cervical ont en partie régressé

(dossier AI pièce 23). Ainsi, même si l'état d'anxiété vient aggraver les troubles de la recourante, il est relevé une amélioration générale de son état de santé. U. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie et psychothérapie, a procédé à deux examens neuropsychologiques sur la recourante, le premier les 16 et 25 novembre 2004 et le second les 24 et 31 janvier 2005. Elle tire les conclusions suivantes du premier examen: "on relève dans ce bilan neuropsychologique un ralentissement modéré à sévère dans quelques épreuves (épreuves continues, séquences gestuelles et coordination réciproque, motricité fine, test d'attention soutenue), ainsi qu'un très discret fléchissement des fonctions exécutives (tendance aux erreurs Stroop auto corrigées dans la dénomination continue en conflit avec la lecture, difficultés d'apprentissage dans les séquences gestuelles), ainsi que des itérations de syllabes par moments dans l'expression spontanée. Par ailleurs, le langage, le calcul, les praxies constructives et idéomotrices, lesgnosies visuelles, la mémoire visio-spatiale (dans une moindre mesure la mémoire verbale), le raisonnement apprécié sur un matériel non verbal sont préservés. On note d'autre part les changements décrits par la patiente (troubles de mémoire, possibilité de ne faire qu'une chose à la fois, maladresse, fatigue, sensibilité au bruit et à l'alcool, troubles de la vue, maux de tête, arrêt de la conduite automobile et du travail). Ces éléments pourraient être compatibles avec des séquelles du traumatisme du 02.02.2004". Il ressort également de ce rapport que les vertiges de la recourante ont diminué grâce aux séances de chiropractie. Toutefois, les maux de tête, les troubles de la concentration et la fatigabilité persistent. Dans le second rapport, la psychologue note la persistance d'un ralentissement mais une amélioration de la motricité fine des deux mains et un meilleur rendement dans un test d'attention soutenue (dossier AI pièce 32). Ainsi, le ralentissement est certes modéré à sévère, mais il ne concerne que quelques épreuves. Quant au fléchissement des fonctions exécutives, il est "très discret", et donc, par conséquent, non incapacitant. Il en va de même des itérations de syllabes, qui n'interviennent que "par moments". Les autres troubles mentionnés sont ceux qui ont été décrits par la recourante et qui n'ont donc pas directement été constatés par la psychologue. Dans son courrier du 3 mars 2005 adressé à la SUVA, le Dr T. _____ rapporte que "[la recourante] dit avoir été améliorée sur le plan cognitif et se sentir plus sûre de ce point de vue". Il indique également ce qui suit: "[La recourante] revient cependant sur des troubles qui semblaient

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 en régression en novembre et, plus particulièrement, sur des douleurs cervico-occipitales bilatérales à prédominance gauche, qui limitent, d'après ce qu'elle dit, sa capacité de travail et sa possibilité de conduire un véhicule. Dans ces conditions, elle n'est pas prête à reprendre le travail". Il ressort globalement du rapport de séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) qu'a fait la recourante du 23 février au 19 avril 2005 que son état de santé s'est amélioré, les vertiges ayant pratiquement disparu, elle-même étant satisfaite de ses progrès. V. _____, physiothérapeute, indique que les capacités fonctionnelles de la vie de tous les jours sont, depuis le début, peu limitées et qu'elles sont principalement dues à des troubles neuropsychologiques. Au niveau psychiatrique, le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indique que le tableau est plutôt rassurant et ne retient pas de psychopathologie avérée chez la recourante. Dans le rapport de l'unité de neuropsychologie, réalisé par X. _____, Y. _____, neuropsychologue, et Dr Z. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, il est constaté "la persistance d'un ralentissement modéré à sévère (TR, épreuves continues, tâche d'attention soutenue) associé à des troubles attentionnels (attention soutenue et divisée déficitaires) et de légers signes de dysfonction exécutive",

ainsi que "des déficits mnésiques verbaux modérés à sévères (apprentissage, reconnaissance et récupération)". Lors des ateliers professionnels, il est souligné qu'elle est volontaire, disponible et souriante mais qu'elle ne semble pas supporter le bruit, la lumière et avoir passablement de problèmes de concentration. Après les discussions sur sa réorientation professionnelle et l'expression de son désir de se lancer dans une formation de réflexologie, la recourante augmente son temps de présence à l'atelier et vient parfois même en dehors des heures pour en discuter. Dans l'avis de sortie de la CRR, il est retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et une incapacité totale de travail dans l'activité de vendeuse (dossier AI pièce 32). Il est noté que si la recourante est volontaire et disponible, ses capacités semblent s'améliorer lorsqu'il s'agit d'une activité pour laquelle elle a particulièrement de l'intérêt, ce qui suggère une forme d'auto-limitation. Dans son rapport médical du 29 avril 2005, le Dr R. _____ retient le diagnostic de "status après chute sur glace le 2.2.04 avec TCC modéré, contusion vestibulaire et distension cervicale avec lésions séquellaires". Il considère que l'état de santé de la recourante s'améliore et que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales. Ce médecin retient également un trouble à caractère cognitif, des troubles attentionnels et à caractère dysexécutif. Il ajoute qu'en 2004, ces troubles étaient augmentés par un état d'anxiété chronique, qui a pratiquement régressé complètement (dossier AI pièce 23). Il estime que l'activité habituelle de la recourante n'est plus exigible, mais qu'elle peut exercer une activité adaptée à 50% (taux pouvant être augmenté selon l'évolution), sans diminution de rendement. Il retient les limitations fonctionnelles suivantes : la même position du corps pendant longtemps (20 minutes par jour), position à genoux, inclinaison du buste, se baisser, travail en hauteur ou sur une échelle, déplacement sur sol irrégulier ou en pente. Selon lui, il faut éviter le bruit et la lumière vive. Il considère également que la recourante n'a pas un fonctionnement intellectuel normal (dossier AI pièce 22). Dans son rapport médical du 17 mai 2005, le Dr S. _____ retient les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail : vertiges importants et troubles psychiques (coordination, équilibre, ...). S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne les cervico-dorsalgies chroniques. S'il renvoie à l'avis du médecin généraliste au sujet d'une éventuelle incapacité de travail, il indique toutefois que l'état de santé de la recourante est

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 stationnaire et que sa capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures médicales (dossier AI pièce 27). Dans l'annexe à ce rapport médical, le Dr S. _____ se détermine plus avant sur les répercussions de l'atteinte à la santé de la recourante. Il relève que l'impossibilité de coordination, de gérer plusieurs activités simultanées et de travailler dans le bruit ont un impact sur l'activité habituelle de vendeuse en grande surface. Il considère d'ailleurs que cette activité n'est plus exigible et qu'aucune mesure médicale ne permettrait de pallier ce problème. Il estime toutefois qu'on peut exiger de la recourante qu'elle exerce une autre activité, à un taux de 50%. Il ne se prononce toutefois pas sur les limitations fonctionnelles de la recourante, indiquant ne pas l'avoir revue depuis le 22 février 2005 (dossier AI pièce 26). Dans son rapport du 1er juin 2005, le Dr T. _____ retient que les troubles neuropsychologiques et la douleur chronique empêchent, pour l'instant, la reprise de l'activité habituelle de la recourante. Il ajoute toutefois qu'à long terme, la reprise de son ancienne activité ne paraît pas exclue (dossier AI pièce 34). Dans son rapport du 28 juillet 2005, le Dr AA. _____, spécialiste de la médecine du travail et de la médecine interne générale auprès du SMR, estime qu'au vu des troubles neuropsychologiques de la recourante (troubles attentionnels, ralentissement, fléchissements exécutifs et troubles mnésiques verbaux), de la fatigabilité

marquée et des difficultés face aux tâches multiples, son ancienne activité de vendeuse n'est plus exigible et qu'une activité adaptée peut être exigée à un taux de 50%. Il énumère les limitations fonctionnelles suivantes: "travaux lourds de manutention, travaux répétitifs, position statique prolongée (alternance position assise-debout-marche), travaux continus devant un écran (scintillements), travail en hauteur ou sur une échelle, déplacements sur sol irrégulier, activité nécessitant une concentration ou des responsabilités importantes, contacts avec de nombreuses personnes, bruit, luminosité importante, horaire irrégulier" (dossier AI pièce 38). Dans son rapport médical du 7 mars 2006, le Dr R._____ fait les constatations suivantes: "L'évolution est extrêmement lente, pratiquement indécélable. La patiente est grandement handicapée". Il indique craindre un dommage permanent (dossier AI pièce 141). Dans son courrier du 25 avril 2006, le Dr T._____ retient ce qui suit: "la symptomatologie actuelle de la patiente me semble être, avant tout, en relation avec un trouble à caractère anxieux et phobique" (dossier AI pièce 141). La recourante est vue à la consultation de AB._____ et de la Prof. AC._____, neurologue, les 14 et 27 novembre 2006. Après avoir résumé les rapports médicaux antérieurs, les plaintes de la recourante ainsi que leurs propres observations, elles font l'appréciation suivante: "Notre investigation met en évidence un ralentissement idéatoire et moteur marqué auquel s'associent des troubles attentionnels et, dans une moindre mesure, des difficultés mnésiques de rappel dans le cadre d'un examen se situant par ailleurs dans les limites des normes chez une patiente présentant des plaintes abondantes et une fatigabilité très marquée. Ce tableau est globalement superposable aux évaluations effectuées les 23.2.2005 et 9.4.2005 à la SUVA. Par rapport à l'évaluation du 16 et 25.11.2004 effectuée par Mme U._____, on note une péjoration dans le domaine de la mémoire, déjà retenue aux examens susmentionnés à la SUVA. [...] Cette symptomatologie nous paraît s'inscrire de manière prépondérante dans le cadre d'une évolution post-commotionnelle défavorable". En réponse aux questions du médecin-conseil de la SUVA, elles constatent qu'il y a

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 surtout des troubles d'ordre psychique et peu de déficits neuropsychologiques. Elles diagnostiquent un ralentissement et, dans une moindre mesure, des troubles mnésiques et de rappel. S'agissant de la capacité de travail, elles considèrent qu'en "regard des seuls déficits neuropsychologiques, il existe, compte tenu des troubles cognitifs (ralentissement, attention et mémoire), une incapacité complète de travail en qualité de cheffe de rayons. En qualité de vendeuse et bénéficiant d'un encadrement, les déficits cognitifs (relativement modérés) pourraient être compatibles avec une activité de vendeuse à un taux de 80% avec un rendement de l'ordre de 70 à 80%. Toutefois, les perturbations psychiques au premier plan nous paraissent de nature à aggraver de manière significative cette capacité résiduelle de travail" (dossier AI pièce 60). Dans son rapport du 19 février 2007, AD._____, physiothérapeute, constate que la recourante souffre de contractures de la musculature paravertébrale cervico-dorsale, qui engendrent des douleurs associées à des maux de tête. Elle est limitée dans ses performances et sujette à de grandes fatigues (dossier AI pièce 73). Le 18 avril 2007, la recourante est vue à la consultation du Prof. AE._____, neurologue. Il indique que son état général est amoindri en raison de vertiges et de maux de tête. Il expose que la recourante présente des problèmes d'équilibre et des maux de tête qui l'empêchent de rester debout, de sorte que la consultation doit être suspendue pour qu'elle puisse s'allonger. Lors de la consultation du 19 juillet 2007, le neurologue précité constate que l'état de santé de la recourante est meilleur et qu'elle n'a pas besoin de s'allonger. Il ne retient pas de diagnostic psychiatrique et estime que toutes les plaintes de la recourante sont à mettre en relation avec l'accident du 2 février 2004. Il

considère que l'activité de cheffe de rayon n'est plus exigible. S'agissant d'une activité adaptée, il estime qu'il faut attendre d'avoir atteint une certaine stabilité dans son état de santé mais pense qu'une activité à plein temps en qualité de réflexologue est envisageable (dossier AI pièce 96). U. _____ relève que l'état de santé de la recourante s'est amélioré, qu'elle a de plus en plus d'autonomie et qu'elle n'a désormais plus de vertiges (dossier AI pièce 73). Dans ses rapports du 17 août 2007 et du 10 mars 2008, la Dre AF. _____, médecin pour le SMR, retient le diagnostic de troubles cognitifs légers (F06.7). Elle considère que les critères pour le MTBI (Mild Traumatic Brain Injury) ne sont pas remplis, puisqu'il n'y a pas d'état de désorientation, de confusion ou d'étourdissement particulier après le choc. Selon elle, le diagnostic retenu entraîne les limitations fonctionnelles suivantes : "liées au trouble attentionnel, au trouble mnésique, impossibilité d'exécuter des doubles tâches, et liées à la photophobie et la phonophobie (éviter l'exposition au bruit et à de fortes lumières, comme le travail sur écran). Liées à la fatigabilité". Elle considère que la recourante est en incapacité totale de travail dans son activité antérieure, mais qu'elle a une capacité à 100%, avec une diminution de rendement de 30%, dans une activité adaptée. Selon elle, il existe des facteurs de majoration d'origine non accidentelle (traits de personnalité histrionique et hypocondriaque). Elle relève également qu'il ressort des différents rapports depuis l'accident des fluctuations importantes des plaintes de la recourante et de son état de santé (dossier AI pièces 85 et 97). Il ressort du rapport médical du 7 avril 2010, ainsi que de son annexe, que le Dr R. _____, qui a vu la recourante pour la dernière fois le 21 décembre 2009, considère qu'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité lucrative (dossier AI pièces 128 et 129).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 Dans le rapport médical et l'annexe du 26 avril 2010, le Dr S. _____ considère que la recourante ne peut exercer ni son activité habituelle ni une autre activité. Selon lui, le bruit et la lumière doivent être évités. Il retient également que la motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel est faible (dossier AI pièces 131 et 132). Dans son appréciation du 12 septembre 2011, la Dre AG. _____, spécialiste en médecine générale pour le SMR, considère notamment ce qui suit : "le Dr AH. _____ a démontré par un examen psychiatrique détaillé et complet, toute absence de troubles psychiques. La présence de traits de personnalité particuliers, source d'une majoration des symptômes existants, a été constatée. Cet avis rejoint le constat des psychiatres de la Clinique romande de réadaptation qui se sont prononcés en mai 2005. L'expertise de AK. _____ n'emporte pas la pleine conviction sur le plan psychiatrique, car elle fait état d'un diagnostic psychiatrique nouveau, une agoraphobie invalidante, que nul médecin n'avait constatée auparavant. L'avis majoritaire des médecins qui se sont exprimés précédemment suffit pour emporter la pleine conviction, après lecture de l'ensemble des pièces de ce dossier. On se situe donc 7 ans après une glissade sur le verglas ayant entraîné un choc occipito-pariétal avec une perte de connaissance d'une durée soit nulle soit très brève. Il n'y eut aucune séquelle organique de longue durée. Aucune atteinte psychiatrique d'un degré de sévérité suffisant pour atteindre un niveau invalidant dans une activité adaptée, ne peut être reconnue sur la base des éléments médicaux disponibles" (dossier AI pièce 158).

E. 5.2

Depuis l'annulation de la 1ère décision jusqu'à la nouvelle décision du 27 septembre 2022 Dans son rapport du 6 janvier 2021, la Dre AI. _____, spécialiste en médecine interne générale, atteste que la recourante, suite au traumatisme crânio-cérébral, souffre de troubles

neuropsychologiques (concentration et attention limitées et résistance diminuée; pièce 5 produite par la recourante). Le 26 janvier 2021, le Dr AJ._____, spécialiste en médecine interne (SMR), se détermine comme suit sur l'expertise réalisée par D._____ :

"L'expertise du 19.01.2021 de D._____ repose sur une pleine connaissance du dossier de la personne assurée. Le rapport se fonde sur des examens complets et sur une anamnèse détaillée. Les plaintes de la personne assurée sont prises en compte. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les divergences d'avis sont supportées par des motivations objectives et convaincantes. Les diagnostics attestés sont concordants avec les données cliniques et paracliniques rapportées et conformes aux critères d'une classification internationale reconnue. La situation médicale est claire. Les conclusions sont claires, cohérentes avec l'atteinte à la santé et plausibles du point de vue médical. L'expertise satisfait donc les exigences de contenu et de forme attendues" (dossier AI pièce 256). Dans un rapport du 3 août 2021, la Prof. AC._____ et AM._____, psychologue, consignent les résultats de l'examen neuropsychologique ambulatoire réalisé les 29 et 30 juillet 2021. Elles retiennent une atteinte attentionnelle modérée à sévère, ainsi qu'un déficit sévère en mémoire épisodique antérograde verbale et modéré en mémoire épisodique antérograde visuelle. Les fonctions exécutives de la recourante sont préservées. Elles considèrent que les perturbations cognitives n'impactent pas significativement la recourante, mais que la symptomatologie est de nature à limiter de manière significative la capacité de travail (dossier AI pièce 275).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 Dans son appréciation du 15 juillet 2022, le Dr AJ._____, spécialiste interne pour le SMR, se détermine sur l'expertise de D._____, et notamment les critiques qui en sont faites par la recourante par le biais de son mandataire. Il expose notamment ce qui suit : "nous trouvons un rapport de AN._____ daté du 03.08.2021. Ce rapport contient un bilan neuropsychologique, connu, qui démontrerait des troubles cognitifs persistants et superposables à ceux qui étaient décrits en 2006. Ceci n'est toutefois pas du tout plausible (comme il sera expliqué de suite) et ne tient pas du tout compte des constatations des experts de D._____ de janvier 2021. Rappelons que les experts de D._____ n'ont mis en évidence aucun trouble cognitif significatif en occasion de leur expertise de janvier 2021. Les experts ont été très claires et ont évalué la personne de manière très étendue. Cette nouvelle évaluation de AN._____, au contraire, est limitée à un bilan neuropsychologique, sans anamnèse détaillée et en l'absence d'un examen plus global, qui aurait permis de détecter des discordances et de comprendre que le résultat du bilan n'était pas plausible. De surcroît, ce rapport n'explique et n'argumente pas la divergence d'avis par rapport à D._____. En l'absence d'une explication médicale cohérente, il n'est en effet pas plausible d'imaginer une «fluctuation» si grande des troubles cognitifs. Autrement dit, si des séquelles sous forme de troubles cognitifs persistants sont présentes après un traumatisme crânien, elles doivent l'être de manière plus ou moins constante [...] En conclusion, je ne trouve pas d'argument médical pour remettre en doute les conclusions de l'expertise de D._____ " (dossier AI pièce 303).

E. 6

Discussion Est en l'espèce litigieux le droit à la rente et, à cet égard, la capacité de travail de la recourante à partir du dépôt initial de rente en 2005. Dans ce dossier, les désaccords entre les différents médecins et experts intervenus sont nombreux, qu'il s'agisse des symptômes et troubles observés, des diagnostics posés ou des capacités de travail retenues. Il est tout d'abord relevé que ce qui est déterminant n'est pas le diagnostic en tant que tel, mais

l'éventuelle incapacité de travail qui découle des lésions et affections de la recourante. Les experts de D. _____ ne retiennent aucune incapacité de travail. Or, plusieurs médecins attestent d'une incapacité de travail, totale ou partielle. La Cour constate toutefois que ces attestations reposent sur des troubles divers et variés. Le Dr O. _____ estime que la recourante est capable de travailler dans toute activité à un taux de 50%, en raison de son agoraphobie avec trouble panique. Or, aucun autre médecin ou expert ne soutient ce diagnostic. Le Dr T. _____ atteste quant à lui d'une incapacité de travail totale, mais celle-ci ne repose que sur les déclarations de la recourante en lien avec ses douleurs. En outre, à en croire la formulation utilisée dans son rapport du 3 mars 2005, cette incapacité de travail ne serait que temporaire. Il indique en effet qu'une reprise du travail n'est pas exclue à long terme. Dans le rapport de sortie de la CRR, il est retenu une incapacité de travail totale dans l'activité de vendeuse et une incapacité de travail totale dans une activité adaptée en raison de troubles cognitifs. Or, il est également retenu que les capacités fonctionnelles de la recourante dans la vie de tous les jours sont depuis le début peu limitées, ce qui est contradictoire. Le Dr R. _____, qui, pour rappel, est le médecin traitant de la recourante, retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, taux susceptible d'être augmenté selon l'évolution. Il fonde cette incapacité de travail partielle sur les troubles cognitifs, attentionnels et à caractère dysexécutif de la recourante. Toutefois, à l'inverse de tous les autres médecins, il considère que l'anxiété chronique observée en 2004 a pratiquement disparu. Le Dr S. _____

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en raison des vertiges et troubles psychiques. Il ressort toutefois du dossier que les vertiges ont rapidement disparu. Quant aux troubles psychiques, un chiropraticien ne peut en déduire d'incapacité de travail, dès lors qu'ils ne relèvent pas de son domaine de compétence. La Prof. AC. _____ retient une capacité de travail de 80%, avec un rendement de 70% à 80% sur la base des seuls déficits neuropsychologiques de la recourante, tout en exposant qu'il y a peu de déficits neuropsychologiques et surtout des troubles psychiques, et que les perturbations cognitives ne l'impactent pas de manière significative au quotidien. Toutes ces affirmations semblent contradictoires. Ainsi, toutes les attestations d'incapacité de travail reposent sur des symptômes différents et les médecins se contredisent entre eux. Plusieurs incohérences ressortent également du dossier. S'agissant des douleurs, la Cour rappelle celles relevées dans le cadre de l'expertise menée par AK. _____ et exposées au consid. 4.2.2. En outre, la Dre N. _____ observe un changement d'attitude chez la recourante lorsqu'il est question des assurances. Elle indique également que la recourante ne présente pas de comportement algique, alors même qu'elle déclare avoir des douleurs entre 8 et 10 sur 10 constamment. Les mêmes constatations sont faites lors du séjour de la recourante à la CRR. Dans le cadre de l'expertise par AK. _____, des auto-limitations sont observées au niveau ostéoarticulaire. L'experte en neuropsychologie (AK. _____) n'a par ailleurs observé aucun déficit dans l'exécution des tâches par la recourante, ce qui est contradictoire avec les déclarations de cette dernière, selon lesquelles elle serait incapable de suivre une recette de cuisine. Le Dr AL. _____ relève que la recourante souffre de très peu d'affections physiques mais fait preuve de dramatisation et de théâtralisation. Il ne retient aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail. Plusieurs médecins retiennent que des troubles psychiques viennent aggraver l'état de santé de la recourante, chez qui aucune atteinte physique sévère n'a pu être observée, soit la Dre Q. _____, le Dr R. _____, le Dr S. _____, le Dr T. _____ et la Dre AF. _____. De plus, il est, à plusieurs reprises dans le dossier, constaté que

l'état de santé de la recourante s'améliore, ce qui renforce l'hypothèse d'une composante psychologique. En particulier, tant le Dr T. _____ que le Dr R. _____ relèvent que l'état de santé de la recourante s'améliore, mais que l'anxiété dont elle souffre vient aggraver ses troubles. La Cour s'étonne par ailleurs de ce que le Dr S. _____, dans son rapport du 17 mai 2005, renonce à se déterminer sur les limitations fonctionnelles de la recourante, en raison du temps écoulé depuis la dernière consultation, mais que cela ne lui pose aucune difficulté pour déterminer sa capacité de travail. Sur le vu de tout ce qui précède, la Cour est d'avis que les différentes attestations d'incapacité de travail au dossier ne sont pas suffisantes pour venir remettre en cause l'expertise réalisée par D. _____. Tel qu'il a déjà été constaté, cette expertise a été dûment menée, puisqu'elle est

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 complète, cohérente et suffisamment motivée. Par ailleurs, le fait que les experts mentionnent à plusieurs reprises l'expertise menée par J. _____, et qui a été écartée du dossier, n'affaiblit pas sa valeur probante. Ce n'est en effet pas parce qu'ils arrivent aux mêmes conclusions que les experts de la clinique J. _____, dont le rapport a, par principe, été écarté, que ces résultats doivent être considérés comme erronés. Il n'est par ailleurs pas nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise médicale, celle réalisée par D. _____ étant convaincante. Cela pourrait même être contre-productif. Il semble en effet que la durée du dossier et la multiplication des entretiens médicaux et expertises menés depuis 2004 ont eu pour effet d'entretenir la conviction de la recourante d'être invalide. Or, vu la tendance de la recourante à l'auto-limitation et à la dramatisation, il peut être exigé de sa part qu'elle fournisse les efforts qui peuvent être attendus d'elle pour retrouver une activité lucrative. C'est donc à juste titre que l'Office AI lui a refusé toute rente d'invalidité à compter du 1er juillet 2007.

E. 7

Sort du recours et frais Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours (605 2022 181), mal fondé, doit être rejeté. Sous réserve de l'éventuel octroi de l'assistance judiciaire, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Il n'est pas octroyé d'indemnité de partie.

E. 8

Assistance judiciaire

E. 8.1

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. 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).

E. 8.2

La condition de l'indigence est réalisée si la personne concernée ne peut assumer les frais du procès sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF

135 I 221 consid. 5.1; 128 I 225 consid. 2.5.1; 127 I 202 consid. 3b). 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). Le point de savoir si la cause présente dans le cas particulier des chances de succès suffisantes se détermine d'après les

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 circonstances prévalant au moment où la requête d'assistance judiciaire est déposée (ATF 140 V 521 consid.9.1 et les arrêts cités), si bien que le temps écoulé entre le dépôt de ladite requête et la décision rendue sur celle-ci n'est pas déterminant (arrêt TF 9C_46/2021 du 31 mai 2021 consid. 5.2).

E. 8.3

La recourante allègue être au bénéfice de l'aide sociale, mais ne l'a pas prouvé. Elle a uniquement prouvé le droit aux subsides pour l'assurance-maladie. Toutefois, son indigence ressort clairement des pièces produites et cette condition est donc remplie. Malgré le rejet du recours, il ne peut être considéré qu'il était dénué de chances de succès. Enfin, l'assistance d'un avocat était justifiée dans le cas d'espèce. Partant, l'assistance judiciaire totale est accordée à la recourante et Me Pierre Seidler lui est désigné comme défenseur d'office. Le défenseur d'office a droit à une indemnité qui sera fixée sur la base du temps de travail de 7 heures et 30 minutes ressortant de la liste de frais produite. Cette indemnité s'élèvera ainsi à CHF 1'453.95 (7h30 à CHF 180.- + CHF 103.95 au titre de la TVA à 7,7 %). Elle sera mise à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête : I. Le recours (605 2022 181) est rejeté. Partant, la décision du 27 septembre 2022 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2022 182) est admise. III. Une indemnité de CHF 1'453.95, TVA à 7.7% par CHF 103.95 comprise, est allouée à Me Pierre Seidler, avocat à Delémont, et mise à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Des frais de justice sont mis à la charge de la recourante, par CHF 800.-. Compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire, ils ne sont toutefois pas perçus. 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 29 août 2023/sro Le Président La Greffière-rapporteure

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