

S2 23 21

**ARRÊT DU 27 NOVEMBRE 2025**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;  
Alice Vanay, greffière

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourante, représentée par Maître Tania Ferreira, avocate, Neuchâtel

**contre**

**GRUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA**, intimée

(art. 16 et 44 LPGA, art. 6, 18 et 36 LAA : lien de causalité, valeur probante d'une  
expertise, calcul du taux d'invalidité)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née le xx.xx 1967 au Portugal, s'est installée en Suisse en septembre 2018. Elle a été engagée en tant qu'aide-viticultrice par l'entreprise A \_\_\_\_\_ Sàrl en date du 5 septembre 2018. A ce titre, elle était assurée auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : groupe mutuel ou GM) contre le risque d'accident professionnel et non professionnel (pièce GM 0a).

**B.** Par déclaration d'accident non datée, l'employeur a annoncé au groupe mutuel que l'assurée avait été percutée par un automobiliste alors qu'elle traversait un passage piéton le 26 septembre 2018 aux alentours de 20 heures, et qu'elle était en incapacité de travail totale depuis lors. Les blessures étaient encore indéterminées (pièce GM 0a). Le groupe mutuel a confirmé la prise en charge du sinistre à hauteur des prestations légales par correspondance du 9 novembre 2018 (pièce GM 3).

Il ressort du rapport du 28 septembre 2018 des médecins du Service d'imagerie diagnostique et interventionnelle du Centre hospitalier du Valais romand (ci-après : CHVR) que lors de l'accident, l'assurée avait subi un choc direct à la face latérale de la cuisse droite avant de chuter sur l'épaule du même côté. A l'examen des radiographies de l'épaule et de l'omoplate droites, de la ceinture scapulaire ainsi que du fémur et du genou droits effectuées la veille, les médecins ont constaté une luxation acromio-claviculaire droite de grade III. Ils suspectaient en outre la présence d'une impaction corticale métaphysaire de la face médiale du tibia proximal (pièce GM 1).

En plus de la luxation acromio-claviculaire, l'accident avait causé une contusion sacro-coccygienne avec un diagnostic de subluxation postérieure de la deuxième pièce coccygienne. L'intéressée ressentait une douleur localisée au niveau du début du pli fessier, avec des caractéristiques de compression, serrement, fourmillements et brûlure. Cette douleur était présente de manière continue et s'aggravait avec la marche et la position assise prolongée. La qualité du sommeil s'était dégradée, l'assurée étant réveillée par les douleurs déclenchées par les mouvements. Une infiltration avait été réalisée en janvier 2019 mais n'avait pas produit les effets escomptés. L'examen clinique du 26 février 2019 a été complété par une radiographie debout et assis. Celle-ci montrait une subluxation postérieure, se réduisant en position assise. En raison de l'irrégularité sur le bord latéral sacré, le bilan osseux devait être complété par un CT scan. Un avis chirurgical devait ensuite être demandé (pièce GM 5 à 8).

Le CT scan du 14 mars 2019 a confirmé une surluxation coccygienne associée à une fracture de la première vertèbre coccygienne. Aucune fracture du sacrum n'a été démontrée (pièce GM 11).

Suite à la consultation de l'assurée du 10 avril 2019, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin associé auprès de l'unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a rapporté que l'assurée lui avait été envoyée pour étudier la possibilité de faire une chirurgie pour une dislocation du coccyx, mais que les douleurs dont elle se plaignait à la consultation ne se situaient pas au niveau du coccyx mais plutôt en dessus, au niveau sacré. La palpation en dessus de l'anus n'était pas douloureuse. Selon le médecin, il n'y avait pas d'indication opératoire pour une coccygectomie (pièce GM 13).

Le 25 août 2019, le Dr C \_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, a indiqué que le bilan radiologique démontrait une fracture luxation du coccyx avec une instabilité qui persistait aux radiographies réalisées. La palpation du coccyx restait extrêmement douloureuse. Le Dr C \_\_\_\_\_ considérait que l'assurée – dont l'état ne s'améliorait pas sous traitement conservateur – pourrait bénéficier d'une ablation du coccyx. Cette opération était relativement peu fréquente, mais les résultats étaient généralement plutôt satisfaisants pour les patients après une convalescence de quelques semaines (pièces GM 22 et 27).

L'assurée a subi une ablation du coccyx et des fragments osseux le 20 novembre 2019. Moins de dix jours plus tard, elle se disait satisfaite de l'amélioration progressive des douleurs habituelles et du résultat constaté. Le 12 janvier 2020, le Dr C \_\_\_\_\_ a lui aussi noté que l'évolution était plutôt favorable, la patiente ayant moins de douleurs. Elle avait toutefois encore des difficultés à la mobilisation et à rester assise, ainsi qu'aux efforts. Le médecin n'avait pas de franche contre-indication à ce qu'elle reprenne progressivement ses activités professionnelles (pièces GM 34, 35 et 41).

Le 11 mars 2020, le Dr D \_\_\_\_\_, médecin agréé auprès du Centre de traitement de la douleur du CHVR, a rapporté que suite à l'ablation du coccyx exécutée le 20 novembre 2019, l'assurée montrait une amélioration de la symptomatologie, avec une diminution de la douleur et de la prise d'antalgiques (arrêt de la prise d'opiacés). Le pronostic était réservé, la persistance de la douleur étant un facteur défavorable pour le processus de guérison en raison d'un développement possible d'une douleur chronique persistante. Le médecin n'a pas évalué la capacité de travail de l'intéressée (pièce GM 47).

La comparaison de la radiographie du sacrum réalisée le 4 mai 2020 avec l'examen du 25 février 2019 a mis en lumière un status post-ablation du coccyx sans complication, pas de lésion osseuse décelée ni listhésis, avec un bon alignement (pièce GM 51).

Le Dr D \_\_\_\_\_ a revu l'assurée le 5 mai 2020, afin d'évaluer sa douleur résiduelle suite à l'ablation du coccyx. La patiente a relaté une amélioration, laquelle a été jugée significative par le médecin, au vu de l'arrêt de la médication opioïde. Toutefois, l'intéressée indiquait encore une douleur de 6/10, la décrivant comme diffuse au niveau du sacrum avec des épisodes d'irradiation lombaire. La position assise était dite toujours difficile et la marche était décrite comme encore douloureuse. A l'observation, l'assurée, qui était assise en salle d'attente, s'était levée d'un seul jet sans grimace de douleur et avait aisément pu marcher jusqu'à la salle de consultation. Cette attitude était totalement différente de celle observée avant l'opération. A l'examen clinique, la palpation externe de la région sacrée était diffusément douloureuse, alors que l'examen par voie interne était rendu impossible par l'importance des douleurs. Une nouvelle infiltration a été réalisée le 22 mai 2020. Lors du contrôle du 8 juin suivant, l'assurée rapportait toujours une douleur de 6/10 qui avait diminué pour un temps très limité directement après l'infiltration, avant d'augmenter temporairement puis de se stabiliser. Le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était difficile d'expliquer les douleurs résiduelles et qu'il n'arrivait pas à se prononcer sur un pronostic. Malgré l'insatisfaction de l'intéressée, la coccygectomie restait un geste positif avec une réduction objective des antalgiques et une amélioration fonctionnelle quotidienne (position assise tenue) en dépit des limitations (port de charges et marche). Le médecin du centre de traitement de la douleur n'avait pas d'autres propositions de prise en charge de l'assurée. Il n'avait pas évalué sa capacité fonctionnelle et de travail (pièces GM 52, 54, 55 et 59).

Le 6 novembre 2020, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a rapporté que cette dernière se trouvait encore en incapacité totale de travail en raison de la persistance des douleurs (6/10) à la marche et à la station assise. A défaut d'opération possible, il proposait de continuer le traitement antalgique pour une durée indéterminée (pièce GM 67).

Le 16 mars 2021, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a quant à lui suggéré une adaptation du poste de travail de l'assurée, celle-ci ne supportant pas la position assise (pièce GM 70).

Une IRM lombaire et sacrococcygienne réalisée le 30 mars 2021 a mis en évidence différentes discopathies dégénératives (minime en L2-L3, avec débord discal de l'ordre

de 3 mm en L3-L4 et L4-L5, et avec débord discal circonférentiel harmonieux en L5-S1) ainsi que de l'arthrose articulaire postérieure en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Selon le Dr G \_\_\_\_\_, radiologue FMH, la discopathie dégénérative et surtout l'arthrose articulaire postérieure hypertrophique et inflammatoire du côté droit en L4-L5 permettait d'expliquer une partie de la symptomatologie clinique de l'assurée. De nombreuses varices pelviennes avaient été constatées. Il n'y avait en revanche pas d'hernie discale, de canal étroit ou de pression radiculaire (pièce GM 81).

La scintigraphie osseuse du 17 septembre 2021 a quant à elle révélé une arthrose interapophysaire postérieure L4-L5 droite hypercaptante et une discarthrose modérément hypercaptante débutante L5-S1 (pièce GM 85).

Le 5 octobre 2021, la Dresse H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a retenu le diagnostic de syndrome lombo-vertébral sans rapport avec l'accident. L'investigation était encore en cours, mais il était difficile d'imaginer la patiente non francophone et hyperalgique travailler en l'état (pièce GM 88).

Dans son rapport du 28 décembre 2021, le Dr E \_\_\_\_\_ a rappelé la persistance des douleurs sacrococcygiennes en position assise et debout. A titre de circonstance sans rapport avec l'événement survenu en septembre 2018 jouant un rôle dans l'évolution du cas, il mentionné la discopathie dégénérative L4-L5. Il a précisé avoir arrêté son activité de médecin généraliste le 30 novembre 2021 (pièce GM 93).

Interpelé par le groupe mutuel, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a proposé le 23 janvier 2022 la mise en œuvre d'une expertise médicale par un spécialiste du rachis ou, si cela était jugé nécessaire, d'une expertise bidisciplinaire rachis/épaule (pièce GM 96).

Le 17 mars 2022, l'assurée a été convoquée pour une expertise médicale confiée au Prof. J \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH. Un délai lui a été octroyé pour faire valoir ses éventuelles remarques quant au choix du médecin ainsi que sur les questions destinées à ce dernier (pièce GM 103).

Par courriel du 23 mars 2022, l'assurée, dûment représentée par Me Tania Ferreira, a indiqué ne pas avoir de questions complémentaires à formuler à l'égard de l'expert à ce stade, mais se réservait le droit de le faire à réception de son rapport. Ne maîtrisant que très peu voire pas du tout la langue française, l'intéressée voulait en outre obtenir

confirmation de la présence d'un interprète portugais-français au rendez-vous agendé avec l'expert, ce qui a été fait le lendemain (pièce GM 106).

Le Prof. J \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 25 mars 2022. La rencontre s'est faite en présence d'un interprète et a duré 2 h 20. Il ressort du rapport du 20 mai suivant que les plaintes actuelles de l'intéressée concernaient principalement des douleurs séparées et non simultanées au niveau de la nuque, du dos et des lombaires. S'agissant du coccyx, elle avait des douleurs si elle restait assise ou debout longtemps, ou également à l'effort. Elle mentionnait en outre des douleurs au niveau du genou droit et des dysesthésies, apparues après l'opération de 2019, sous forme de fourmis au niveau des deux jambes (plus à droite qu'à gauche) entraînant parfois des difficultés à marcher. En revanche, son épaule droite allait beaucoup mieux. Les douleurs à la nuque étaient les plus gênantes, suivies des lombaires puis du coccyx ; les douleurs dorsales moyennes étaient les moins gênantes. Elle avait des difficultés, dans sa vie quotidienne, pour tous les gestes un peu lourds. Elle attendait du groupe mutuel qu'il continue à l'indemniser, car elle n'avait pas d'autres ressources financières et que le conducteur de la voiture qui l'avait heurtée était fautif. L'assurée expliquait ne jamais avoir eu de douleurs avant l'accident du 26 septembre 2018. Dans le cadre de son expertise, le Prof. J \_\_\_\_\_ a fait réaliser des radiographies de la colonne totale de face et de profil debout le 31 mars 2022. Quand bien même l'intéressée n'avait émis aucune plainte avant son traumatisme, les radiographies montraient bien qu'il existait déjà une atteinte dégénérative au niveau L4-L5, ainsi qu'au niveau des hanches. Au status, l'expert a noté que l'assurée pouvait rester assise 40 minutes sans se lever et qu'elle se déshabillait debout sans appui. L'examen des membres supérieurs ne montrait pas de diminution fonctionnelle. La marche se faisait sans vraie boiterie et était possible tant sur les talons que sur la pointe des pieds. La palpation de la cicatrice coccygienne était indolore alors que la palpation au niveau du S2 était sensible. La stimulation des sacro-iliaques ne provoquait pas de douleur. L'expert a conclu que les lésions secondaires au traumatisme avaient évolué de manière progressivement favorable que ce soit au niveau de l'épaule droite (grâce au traitement conservateur et à la rééducation) ou au niveau coccygien local (grâce aux infiltrations et à la résection chirurgicale). En effet, lors de l'expertise, les douleurs coccygiennes n'étaient plus significatives. Par contre, les atteintes rachidiennes cervicales, lombaires et thoraciques, lesquelles étaient encore bien présentes, n'étaient pas liées au traumatisme, de même que l'arthrose bilatérale de hanche qui engendrait une limitation de mouvement. Ces lésions, de nature dégénérative, contre-indiquaient la reprise d'un travail manuel avec port de charges et activités en position debout de longue durée. Les plaintes de l'assurée n'étaient pas

directement liées aux séquelles de la pathologie coccygienne, mais étaient des atteintes dégénératives de la colonne cervicale thoracique lombaire et des hanches. L'expert estimait qu'un an après l'intervention, soit en novembre 2020, les troubles liés au coccyx n'étaient plus présents et que les douleurs et limitations fonctionnelles de type dégénératif étaient au premier plan. Il était dès lors possible d'estimer qu'il y avait une décompensation passagère due au traumatisme, respectivement une progression de ces lésions dégénératives. En tenant compte uniquement des séquelles de la fracture coccygienne, une reprise de travail à 100 % était possible dès novembre 2020 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à 20 kg, pas de travail penché en avant et travail assis partiellement debout. Selon le Prof. J \_\_\_\_\_, les suites de l'accident ne laissaient pas subsister d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique ouvrant un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI ; pièce GM 111).

Le 3 juin 2022, le groupe mutuel a annoncé à l'assurée cesser le versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 31 mai 2022 au soir, dès lors que les constatations du Prof. J \_\_\_\_\_ mettaient en évidence un état de santé stabilisé pour les suites de l'accident, permettant la reprise d'une activité adaptée à 100 % (pièce GM 113).

Par courriel du 15 juin 2022, l'assurée a demandé à l'assureur de lui transmettre, ainsi qu'à son avocate, le rapport d'expertise du 20 mai précédent (pièce GM 116). Me Tania Ferreira a réitéré la demande par correspondance du lendemain, précisant n'avoir pas pu poser des questions à l'expert et que l'assurance responsabilité civile Helvetia n'avait non plus été consultée (pièce GM 117).

Par décision du 22 juillet 2022 (envoyée le 25 juillet 2022), le groupe mutuel a confirmé la fin du versement des indemnités journalières dès le 31 mai 2022, renonçant à demander le remboursement de celles versées depuis 20 novembre 2020 (début de la pleine capacité de travail selon l'expertise). Pour calculer le degré d'invalidité, il a retenu un revenu avec invalidité de 50'152 fr. 55 selon le tableau TA1 2018 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; toute activité dans le secteur privé, travaux simples et répétitifs [niveau 1]) adapté à la durée hebdomadaire moyenne des entreprises suisses (41.7 heures) et au renchérissement (1 % pour 2019 et 0.9 % pour 2020), et après un abattement de 10 % en raison des particularités du cas d'espèce. Le revenu sans invalidité a été fixé à 40'778 fr. 85, ce qui correspondait au salaire que l'assurée percevait au moment de l'accident en tenant compte du renchérissement (1 % pour 2019 et 0.9 % pour 2020). Le revenu sans invalidité étant inférieur au revenu avec

invalidité, le degré d'invalidité était nul et n'ouvrait aucun droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Le groupe mutuel a donc recommandé à l'assurée de s'annoncer à l'assurance-chômage pour faire valoir sa capacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> juin 2022. Dès lors qu'il n'y avait pas de droit à une rente, il n'y avait plus de prise en charge du traitement médical, ce dernier devant dorénavant être couvert par l'assurance-maladie LAMal. Se référant à l'expertise médicale du Prof. J \_\_\_\_\_, le groupe mutuel a considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité physique ou mentale justifiant une IPAI (pièce GM 119).

**C.** Le 14 septembre 2022, l'assurée a fait opposition à la décision précitée, invoquant notamment la violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où elle n'avait pas eu la possibilité de poser des questions complémentaires à l'expert – pas plus que l'assurance responsabilité civile Helvetia –, le rapport du Prof. J \_\_\_\_\_ lui ayant été transmis en même temps que la décision contestée. Dite expertise était ainsi incomplète et devait être retirée du dossier. L'intéressée reprochait en outre à l'assurance d'avoir abusé de son pouvoir d'appréciation en fondant ses conclusions exclusivement sur le rapport d'expertise, sans prendre en considération les avis médicaux divergents des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, lesquels admettaient que les douleurs persistantes étaient en lien de causalité adéquate avec l'accident de septembre 2018. Face à ces contradictions, le groupe mutuel se devait d'ordonner une nouvelle expertise médicale. L'assurée a relevé que le Prof. J \_\_\_\_\_ avait indiqué que les lésions secondaires au traumatisme avaient évolué de manière progressivement favorable et qu'un an après l'intervention, les troubles liés au coccyx n'étaient plus présents et que c'était l'atteinte dégénérative qui était au premier plan. Ce constat n'était cependant pas suffisant pour considérer que les douleurs liées à l'accident avaient disparu et que les plaintes de l'assurée n'étaient pas consécutives à l'événement de septembre 2018. Le degré d'invalidité était par ailleurs calculé de manière erronée, les Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ considérant que l'assurée ne pouvait pas travailler, même dans une activité adaptée, au vu de ses limitations et douleurs. Enfin, une IPAI de 30 % (soit 44'000 fr.) se justifiait dans la mesure où, à la suite de l'accident, l'assurée avait dû subir une opération à risque et qu'elle souffrait encore de douleurs localisées au niveau du coccyx lorsqu'elle était assise ou debout longtemps, ou à l'effort. Ainsi, l'assurée a conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement de manière rétroactive dès le 1<sup>er</sup> juin 2022, à l'octroi d'une IPAI d'un montant de 44'000 fr. au moins, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, subsidiairement au complément de l'expertise médicale, en respectant le droit d'être entendu des parties (pièce GM 122).

Par décision sur opposition du 19 janvier 2023, le groupe mutuel a rejeté l'opposition du 14 septembre 2022 et maintenu sa précédente décision. Le droit d'être entendu ne rendait pas nécessaire d'entendre les parties avant qu'une décision sujette à opposition soit rendue et il n'existait pas d'obligation d'avertir l'assurance responsabilité civile de la mise en œuvre et du résultat d'une expertise. En outre, l'assurée aurait pu soumettre des questions à l'expert selon la convocation du 16 mars 2022. Dans la mesure où le rapport du Prof. J \_\_\_\_\_ remplissait toutes les exigences requises par la jurisprudence, notamment en retenant les avis des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ dans l'anamnèse, il devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Pour le surplus, le groupe mutuel a maintenu que, sur la base des seules suites de l'accident, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que la reprise d'une telle activité était exigible en l'espèce. Il a, au surplus, confirmé l'absence de droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une IPAI (pièce GM 128).

**D.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans le 20 février 2023, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 19 janvier 2023, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, après instruction, à la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité pleine et entière et à l'octroi d'une IPAI de 44'000 fr. au moins. Subsidiairement, la recourante a requis l'octroi d'une rente d'invalidité de 20 % au moins en plus de l'IPAI de 44'000 fr. au moins. L'intéressée a repris, en substance, les arguments développés dans son opposition, à savoir la violation du droit d'être entendu s'agissant de l'expertise, le manque de considération de l'intimée, respectivement du Prof. J \_\_\_\_\_, pour les rapports médicaux divergents des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ et le droit à une IPAI de 30 % au minimum reconnu par la table 7 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) et par l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA). La recourante a également fait valoir qu'au vu des contradictions entre les conclusions des médecins, spécialement sur la question du lien de causalité entre les plaintes persistantes et l'accident, le dossier ne permettait pas de se déterminer de façon convaincante sur le droit à une rente, de sorte qu'il n'y avait pas d'autre alternative que de procéder à une nouvelle évaluation médicale afin d'examiner précisément les diagnostics, le lien de causalité avec l'événement du 26 septembre 2018 ainsi que la présence d'éventuelles atteintes préexistantes à la santé et d'une atteinte à l'intégrité. Il appartenait plus précisément au Tribunal d'ordonner une expertise judiciaire puis de trancher le litige, car un simple renvoi à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision n'était pas justifié au vu des critères en la matière posés par la jurisprudence. Concernant le calcul du degré d'invalidité, la recourante a reproché à

l'intimée de lui imputer une capacité de travail totale, de s'être référée au tableau ESS 2018 et pas 2020, d'avoir arrêté le revenu avec invalidité en se référant à la valeur standardisée dans toutes activités confondues dans le secteur privé et non pas selon le poste 96 « autres services personnels », ainsi que d'avoir admis un abattement de 10 % seulement et non pas de 25 %, comme cela se justifiait en raison notamment des douleurs continues qu'elle subissait, de son âge (56 ans), de l'absence de formation certifiante et d'expérience professionnelle en Suisse, du long arrêt de travail et de l'absence de maîtrise de la langue française. Comme revenu sans invalidité, le groupe mutuel avait au demeurant omis de prendre en compte le salaire de 42'000 fr. que la recourante aurait touché si elle avait pu, comme prévu, commencer une activité de vendeuse dans un magasin portugais. Le contrat de travail du 31 juillet 2018, produit en pièce 2 du recours, prévoyait en effet une prise d'emploi le 15 octobre suivant. En comparant ce revenu de 42'000 fr. avec le revenu avec invalidité arrêté par la recourante à 35'172 fr., le degré d'invalidité était supérieur à 10 % et ouvrait un droit à une rente d'invalidité

La requête d'assistance judiciaire totale, également formulée par l'assurée dans son recours du 20 février 2023, a été admise par décision présidentielle du 23 mai 2023, désignant Me Tania Ferreira en qualité d'avocate d'office dans la présente cause dès la date d'introduction du recours.

L'intimée a répondu en date du 16 mai 2023, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 19 janvier précédent, tous les frais et dépens devant être mis à la charge de la recourante. Le groupe mutuel a rappelé que selon le rapport d'expertise, les douleurs dont se plaignait l'assurée étaient localisées sur des parties du corps atteintes d'arthrose, et que les douleurs coccygiennes n'étaient plus significatives. Allant dans le même sens, la Dresse H \_\_\_\_\_ avait diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral sans rapport avec l'accident. Les Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ n'explicitaient pas un éventuel lien de causalité entre les douleurs d'origine arthrosique et l'événement de septembre 2018, mais se contentaient d'invoquer une relation chronologique sans chercher les motifs à l'origine de la plainte. En outre, leurs opinions n'étaient pas comparables à l'expertise au vu du temps écoulé (rapports de 2020-2021 et expertise de 2022). Le droit d'être entendu avait été respecté, la recourante ayant eu l'occasion de se déterminer sur le choix de l'expert et de poser des questions complémentaires avant l'expertise, ce à quoi elle avait renoncé. Plutôt que de formuler une simple plainte, elle aurait pu transmettre ses questions à l'intimée dans le délai d'opposition. L'expertise ayant été réalisée dans les règles de l'art, elle avait une

pleine valeur probante. Dès lors que l'état de santé était stabilisé au plus tard à la date de l'expertise, soit le 25 mars 2022, mais probablement dès novembre 2020, il était correct de mettre fin au droit à des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> juin 2022. L'éventuel droit à une rente devait être examiné dès cette date. L'intimée a envisagé plusieurs hypothèses afin de démontrer que, même en se fondant sur la table 2020 de l'ESS et/ou prenant en considération certaines revendications de la recourante, le degré d'invalidité obtenu était toujours nul et ne donnait donc pas droit à une rente d'invalidité. L'abattement de 10 % étant déjà considéré comme généreux, il n'a pas été revu à la hausse. Quant à l'IPAI, les fractures du coccyx, respectivement l'ablation du coccyx n'y donnait pas droit.

Dans sa réplique du 17 juillet 2023, la recourante a maintenu les conclusions formulées dans son recours. Elle a toutefois relevé qu'elle avait omis, dans sa précédente écriture, de prendre en compte le 13<sup>ème</sup> salaire auquel elle pouvait prétendre en application de la convention collective de travail (ci-après : CCT) du secteur de la boulangerie-pâtisserie-confiserie suisse dans le calcul du revenu sans invalidité. Il était ainsi de 45'500 fr. et non pas de 42'000 fr., ce qui portait le degré d'invalidité à 23 %, ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

L'intimée a répliqué le 8 septembre 2023, contestant une nouvelle fois fermement l'abattement de 25 % invoqué par la recourante. S'agissant du 13<sup>ème</sup> salaire, le groupe mutuel a mis en doute l'application de la CCT du secteur de la boulangerie-pâtisserie-confiserie suisse au cas d'espèce, le contrat produit par la recourante (pièce recours 2) se référant uniquement au Code des obligations (CO) et la nature du magasin portugais ne ressortant pas du dossier. L'intimée a de plus maintenu que les tables ESS étaient déterminantes pour le calcul du degré d'invalidité, la recourante n'ayant jamais travaillé dans le magasin portugais en question.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

**1.2** Posté le 20 février 2023, le présent recours contre la décision sur opposition du 19 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGGA ; art. 81a al. 1 loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

## **2.**

**2.1** Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu (ATF 124 V 90 consid. 2), la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue. Elle fait en particulier valoir que le rapport d'expertise du 20 mai 2022 ne lui a été transmis qu'en même temps que la décision du 22 juillet 2022, et de n'avoir ainsi pas été en mesure de poser des questions complémentaires à l'expert. Au vu de ce manquement, le rapport devait être retiré du dossier.

**2.2** Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu est garanti par les articles 29 alinéa 2 de la Constitution fédérale (Cst.) et 42 LPGGA. Il compte notamment le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 145 I 73 consid. 7.2.2.1, 132 V 368 consid. 3.1 et les références, 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a).

Le droit d'être entendu peut être exercé à tout moment par les parties, qui peuvent notamment exiger en tout temps la consultation du dossier et faire valoir leur point de vue en cours d'instruction déjà (DUPONT, in : Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, N 10 ad art. 42 LPGGA). Le droit d'être entendu n'entraîne toutefois pas, pour les parties, la garantie de pouvoir être entendues de manière illimitée dans le temps, ni de pouvoir obtenir l'administration de toutes les preuves qu'elles désirent. L'assureur social est en effet fondé à apprécier de manière anticipée les preuves d'ores et déjà réunies et, sous réserve d'une décision arbitraire, d'estimer que les nouveaux éléments requis ne sont pas de nature à influencer sa décision (DUPONT, *op. cit.*, N 11 ad art. 42 LPGGA).

A teneur de l'article 44 alinéas 2 et 3 LPGGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties et soumet à ces dernières les questions qu'il entend poser aux experts en leur signalant qu'elles ont la possibilité de remettre par

écrit des questions supplémentaires dans un délai de 10 jours. Dans ces cas-là, les assurés ont également le droit de s'exprimer sur les conclusions des experts. Ce droit de participation est garanti même si l'expertise est mise en œuvre avant qu'une décision ne soit rendue. La seconde phrase de l'article 42 LPGA ne s'applique donc pas dans ce contexte (DUPONT, *op. cit.*, N 17 ad art. 42 LPGA).

**2.3** Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1, 142 III 360 consid. 4.1.4 et 137 I 195 consid. 2.2). La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – peut toutefois être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 1.1). Même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

**2.4** En l'espèce, la Cour constate que l'intimée a violé par deux fois le droit d'être entendu de la recourante. D'une part, le délai légal de 10 jours prévu par l'article 44 LPGA pour se prononcer sur l'identité de l'expert et pour formuler des questions complémentaires n'a pas été respecté (convocation et questions envoyées le 17 mars 2022 avec un délai de détermination au 21 mars 2022). D'autre part, il apparaît en effet que l'intimée ne lui a pas communiqué le rapport d'expertise du Prof. J \_\_\_\_\_ avant de rendre sa décision du 22 juillet 2022, étant relevé qu'il s'agit pourtant d'une pièce essentielle du dossier.

Il convient cependant de noter que la recourante a pu se déterminer par courriel du 23 mars 2022, renonçant notamment à poser des questions complémentaires en l'état et demandant que la présence d'un interprète portugais-français au rendez-vous médical lui soit confirmée, ce qui a été fait le lendemain. En outre, le rapport d'expertise lui a finalement été envoyé avec la décision, de sorte qu'elle a pu en prendre connaissance avant l'échéance du délai d'opposition et a eu pleinement la possibilité d'exposer ses griefs à son encontre, respectivement de formuler des questions complémentaires – ce qu'elle n'a pas fait –, dans le cadre de l'opposition. Force est ainsi que constater que la

violation du droit d'être entendu a été guérie au stade de l'opposition déjà. Le grief correspondant invoqué céans se révèle en ce sens inopérant. Il y a par conséquent lieu d'examiner l'affaire au fond, ceci sans qu'il se justifie de retirer le rapport d'expertise du dossier.

**3.** Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que le groupe mutuel a nié à la recourante le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI. Il s'agit de vérifier s'il pouvait valablement se fonder essentiellement sur le rapport d'expertise du Prof. J \_\_\_\_\_ pour justifier cette décision.

Dans la mesure où l'intéressée ne prend aucune conclusion relative à la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement dans son mémoire de recours, la Cour considère que la stabilisation de son état de santé n'est pas contestée. Ce point ne doit dès lors pas être examiné *in casu*.

**4.** Dans un premier grief matériel, la recourante s'en prend à la valeur probante du rapport d'expertise du 20 mai 2022 du Prof. J \_\_\_\_\_, estimant en substance que son contenu est valablement mis en doute par les rapports des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_.

**4.1** Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGa). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 bien motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la

provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

On rappellera que selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'article 44 LPGa, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 125 V 351 consid. 3b/bb). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise administrative selon l'article 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid.4.4 et les références).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**4.2** Dans son rapport d'expertise du 20 mai 2022, faisant suite à l'examen du 25 mars précédent, le Prof. J \_\_\_\_\_ a considéré qu'en tenant compte uniquement des séquelles de la fracture coccygienne, la recourante disposait d'une pleine capacité de travail sans diminution du rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à 20 kg, pas de travail penché en avant et travail en position assise partiellement debout. Il a en outre indiqué que les suites de l'accident ne laissent pas subsister d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique ouvrant un droit à une IPAI.

En ce qui concerne la valeur probante de ce rapport d'expertise, la Cour de céans considère qu'elle est entière. En effet, le Prof. J \_\_\_\_\_ a eu connaissance de l'intégralité du dossier médical de la recourante, a examiné personnellement cette dernière et a procédé à une anamnèse complète dans son rapport d'expertise. Ses conclusions sont claires et cohérentes.

Les arguments soulevés par la recourante ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions du Prof. J \_\_\_\_\_. S'agissant de ceux découlant de la violation de son droit d'être entendu, il est renvoyé au considérant 2.4 ci-dessus. Pour le reste, la recourante se réfère essentiellement aux rapports médicaux divergents qui n'auraient pas été suffisamment pris en considération par l'intimée. En particulier, elle se prévaut du rapport du 6 novembre 2020 du Dr E \_\_\_\_\_ et de celui du 16 mars 2021 du Dr F \_\_\_\_\_, tous deux constatant la persistance des douleurs sacrococcygiennes malgré l'ablation du coccyx, les infiltrations et les divers traitements antalgiques et attribuant ces lésions à l'accident du 26 septembre 2018. Force est toutefois de constater que ces rapports sont très brefs et non motivés. Ils ont au surplus été rédigés avant que des examens complémentaires mettent en lumière les discopathies dégénératives ainsi que l'arthrose articulaire de l'assurée. Ces diagnostics n'ont dès lors pas pu être pris en considération dans la réflexion des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ (le premier ayant uniquement mentionné la discopathie dégénérative L4-L5 à titre de circonstance sans rapport avec l'événement survenu en septembre 2018 jouant un rôle dans l'évolution du cas dans son rapport du 28 décembre 2021).

La Cour relève en outre que l'avis du Prof. J \_\_\_\_\_ n'est pas isolé. Il est en effet corroboré par celui de la Dresse H \_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué un syndrome lombovertébral sans rapport avec l'accident le 5 octobre 2021, et celui du Dr G \_\_\_\_\_, qui, sur la base de l'IRM lombaire et sacrococcygienne réalisée le 30 mars 2021, considérait que la discopathie dégénérative et surtout l'arthrose articulaire postérieure hypertrophique et inflammatoire du côté droit en L4-L5 permettaient d'expliquer une

partie de la symptomatologie clinique de l'assurée. Le 29 juin 2020 déjà, le Dr D \_\_\_\_\_, indiquait qu'il était difficile d'expliquer les douleurs résiduelles de la recourante, ce qui laissait déjà entendre qu'elles n'étaient pas en lien avec les atteintes pour lesquelles elle était suivie, à savoir celles survenues lors de l'accident.

Le Prof. J \_\_\_\_\_ est par ailleurs le seul médecin qui s'est expressément prononcé sur la question de l'IPAI, de sorte que son rapport ne saurait être remis en question sur ce point non plus.

Eu égard à ce qui précède, le rapport d'expertise du 20 mai 2022 du Prof. J \_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**5.** Il convient ici d'examiner si le groupe mutuel était fondé à nier l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs et atteintes de la recourante persistant au-delà du 20 novembre 2020, respectivement du 31 mai 2022, et l'accident du 26 septembre 2018.

**5.1** Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement 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. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne

peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond presque avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

En vertu de l'article 36 alinéa 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

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* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il

convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

**5.2** En l'espèce, la recourante considère que c'est à tort que l'intimée a retenu l'absence de lien de causalité entre les atteintes qu'elle continuait à subir au-delà du 20 novembre 2020, respectivement du 31 mai 2022, et l'accident dont elle avait été victime le 26 septembre 2018.

Comme mentionné plus haut (cf. consid. 4.2), les médecins de la recourante, en particulier les Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, ne se sont pas déterminés de manière circonstanciée sur la question du lien de causalité. A la lecture de leurs rapports, il n'est notamment pas possible de savoir sur quels éléments médicaux objectifs ils se sont fondés pour reconnaître l'existence d'un lien de causalité. Dès lors qu'ils n'ont pas discuté l'état disco-dégénératif et l'arthrose facettaire lombaire diagnostiqués, la Cour rejoint l'intimée lorsqu'elle fait valoir que les médecins traitants de la recourante se limitent à invoquer une relation chronologique entre l'accident et les atteintes décrites par leur patiente, sans chercher les motifs à l'origine des plaintes. Au contraire, les conclusions motivées du Prof. J \_\_\_\_\_, qui explique de façon convaincante que les atteintes dégénératives et l'arthrose d'origine malade sont la cause des douleurs persistantes incapacitantes, ne prêtent pas le flanc à la critique.

Le simple fait que les symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance de l'accident, ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »).

Dans la mesure où seules les atteintes à la santé ayant un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel ouvrent un droit à des prestations de l'assurance-accidents, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas pris en considération les conséquences des discopathies dégénératives et de l'arthrose articulaire malade pour arrêter la capacité de travail de la recourante et analyser son droit aux prestations.

**6.** Concernant la rente d'invalidité, la recourante fait valoir plusieurs griefs. Elle prétend notamment que l'intimée s'est méprise s'agissant des questions de la capacité de travail, du calcul des revenus avec et sans invalidité, ainsi que du taux d'abattement consenti.

**6.1** Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, pour autant que celui-ci soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'article 7 LPGGA dispose qu'est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 135 V 297 consid. 5.1, 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_679/2020 du 1<sup>er</sup> juillet 2021 consid. 5.1).

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que

le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_171/2021 du 11 décembre 2021 consid.3.3 et 4.3 et 9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.3, 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. 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. 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 le cadre 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 juge des assurances sociales ne peut, 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 (ATF 148 V 419 consid. 5.5 et 137 V 71 consid. 5.2).

L'âge avancé d'un assuré comme facteur prépondérant à son empêchement de maintenir sa capacité de gain n'est pas pris en considération de la même manière en assurance-invalidité qu'en assurance-accidents, dans laquelle l'article 28 alinéa 4 OLAA commande de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (ATF 134 V 392 consid. 6.2 et 122 V 418 cons. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_132/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.2 et les références citées). Selon cette disposition, si en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser, l'âge moyen se situant entre 40 et 45 ans et l'âge avancé étant d'environ 60 ans. La deuxième hypothèse est également donnée lorsque l'âge avancé, facteur sans incidence sur l'exigibilité, est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.2.2). Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre. Il s'agit d'empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse (ATF 148 V 419 consid. 7.2 et les références).

Par rapport à la question de l'abattement à cause de l'âge, le Tribunal fédéral a retenu dans l'ATF 148 V 419 que l'article 28 alinéa 4 OLAA commande, pour atteindre son objectif, qu'on calcule le taux d'invalidité sur la base des revenus (sans et avec invalidité) hypothétiques que pourrait obtenir un assuré d'âge moyen, et que – contrairement à l'article 16 LPGA – l'on fasse ainsi abstraction de l'incapacité de travail due à l'âge avancé de l'assuré (consid. 7.2 et 8.5). Or, dès lors que l'on doit s'appuyer sur les valeurs salariales d'un assuré d'âge moyen, une influence pénalisante de l'âge avancé sur le salaire ne peut par définition pas entrer en ligne de compte. Il s'ensuit qu'un abattement

à cause de l'âge avancé d'un assuré ne peut pas être envisagé lorsqu'on est en présence d'un cas d'application de l'article 28 alinéa 4 OLAA (ATF 148 V 419 consid. 8.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.5).

Il sied de préciser qu'en dehors du champ d'application de cette disposition, le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, l'âge avancé peut constituer un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'article 28 alinéa 4 OLAA, n'a pas encore été tranché par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.5 et les références).

## **6.2**

**6.2.1** En l'occurrence, les médecins traitants de la recourante ne se sont pas prononcés sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée – l'incapacité dans l'activité usuelle d'aide-viticultrice étant admise – sur la seule base des troubles persistants en lien avec l'accident de septembre 2018, soit les douleurs sacrococcygiennes (l'épaule droite allant beaucoup mieux aux dires de l'intéressée). Or, sur ce point non plus, le rapport d'expertise du Prof. J \_\_\_\_\_, duquel il ressort que les lésions secondaires au traumatisme, en particulier les douleurs coccygiennes, n'étaient plus significatives et n'impactaient plus la capacité de travail de la recourante au moins depuis la date de l'examen, ne saurait être mis en doute. Partant, une pleine capacité de travail sans baisse de rendement dans une activité adaptée (port de charges limité à 20 kg, pas de travail penché en avant et travail en position assise partiellement debout) doit être admise au plus tard depuis le 25 mars 2022.

**6.2.2** S'agissant du revenu avec invalidité, la recourante ne conteste pas l'utilisation des données statistiques de l'ESS. Elle fait cependant valoir que son revenu aurait dû être déterminé en se référant aux données relatives aux « autres services personnels » (poste 96). Ce faisant, elle ne met en évidence aucun élément pertinent qui justifierait de s'écarter du salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples, tous secteurs confondus, de la table TA1\_tirage\_skill\_level de l'ESS. Cette valeur statistique s'applique en effet à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références). Le tableau TA1\_tirage\_skill\_level de l'ESS 2020 ayant été publié le 23 août 2022 par l'Office fédéral de la statistique, c'est toutefois

à tort que l'intimée s'est référée à la version de 2018 pour rendre la décision sur opposition attaquée du 19 janvier 2023.

Par ailleurs, le marché équilibré du travail pris en considération dans le domaine de l'assurance-invalidité (à ce sujet, voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3 et les références) offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont accessibles à la recourante sans aucune formation préalable particulière et compatibles avec les limitations fonctionnelles décrites par l'expert.

La recourante considère en outre que l'abattement consenti par l'intimée, soit 10 %, est insuffisant au vu des douleurs continues l'empêchant de se déplacer librement et de rester longtemps en position assise ou debout, de son âge (56 ans au moment du recours), de l'absence de formation certifiante et d'expérience professionnelle en Suisse, du long arrêt de travail et de l'absence de maîtrise de la langue française. Elle préconise plutôt l'application de l'abattement maximum de 25 %.

Selon la jurisprudence mentionnée ci-dessus (cf. consid. 6.1), il faut prendre en considération l'application de l'article 28 alinéa 4 OLAA si l'assuré a environ 60 ans. Cette disposition ne s'applique que lorsqu'il y a des indices concrets que l'âge de l'assuré revêt une importance prépondérante par rapport aux autres facteurs à l'origine de l'incapacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 5.1.3 et les références). Elle ne s'applique dès lors pas au cas d'espèce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'âge avancé se détermine non pas au moment du recours, comme retenu par l'intéressée, mais lors de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité de travail, soit le 20 mai 2022 *in casu* (ATF 138 V 457 consid. 3.3). L'assurée étant âgée de 55 ans à cette date – et même dans l'hypothèse de 56 ans –, elle était loin de la retraite. Au surplus, les activités adaptées envisagées ne requièrent ni formation ni expérience professionnelle spécifique si bien que les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent quoi qu'il en soit pas être considérés comme suffisamment établis (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En outre, le long éloignement du marché du travail n'est pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et les références). Il en va notamment de même des difficultés linguistiques et de l'absence de formation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_423/2019 du 23 janvier 2020 consid. 6.2).

Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'il n'existe pas de motif pertinent permettant à la Cour de céans de substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. Le taux d'abattement de 10 % doit ainsi être confirmé.

En résumé, le groupe mutuel aurait dû fixer le revenu d'invalidé sur la base de la valeur centrale (ligne « Total »), femme, niveau 1 de l'ESS (tableau TA1\_tirage\_skill\_level) disponible au moment de la décision sur opposition, soit la version 2020 publiée le 23 août 2022, et l'adapter à l'horaire hebdomadaire moyen usuel du secteur privé, soit 41.7 heures (tableau Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA2008], état au 22 mai 2025). Elle aurait ainsi obtenu un salaire mensuel de 4457 fr. 73 (4276 fr. / 40h x 41.7h), respectivement un salaire annuel de 53'492 fr. 76 (4457 fr. 73 x 12). Après application de l'abattement de 10 % consenti, le revenu d'invalidé est fixé à 48'143 fr. 48.

**6.2.3** Au sens de la recourante, l'intimée ne pouvait pas se fonder sur le salaire qu'elle percevait en tant qu'aide-viticultrice pour arrêter son revenu sans invalidité à 40'778 fr. 85, car elle avait d'ores et déjà signé un contrat dans un commerce, avec une prise d'emploi prévue moins d'un mois après l'accident de septembre 2018, pour lequel elle aurait perçu un salaire plus élevé, soit 3500 fr. par mois. Alléguant que ledit contrat de travail était soumis à la CCT du secteur de la boulangerie-pâtisserie-confiserie suisse, l'intéressée a fait valoir un droit à un 13<sup>ème</sup> salaire, portant le revenu annuel à 46'368 fr. 60 (45'500 fr. renchéri de 1 % en 2019 et de 0.9 % en 2020).

Le revenu avec invalidité reste plus élevé que le revenu sans invalidité, peu importe qu'il soit fixé selon le salaire effectivement perçu dans l'activité d'aide-viticultrice ou celui qu'elle aurait pu percevoir en tant qu'employée polyvalente d'un commerce. Les questions de la méthode de calcul adéquate et de l'application de la CCT du secteur de la boulangerie-pâtisserie-confiserie suisse au cas d'espèce peuvent par conséquent rester ouvertes. A toutes fins utiles, il est intéressant de noter que, dans son arrêt 8C\_688/2023 du 8 août 2024, le Tribunal fédéral a considéré qu'il fallait tenir compte du nouveau salaire, quand bien même l'assuré au bénéfice d'un nouveau contrat de travail n'avait pas pu commencer sa nouvelle activité à cause d'un accident (consid. 6.4).

**6.2.4** A la lumière des considérants précédents, c'est à bon droit que l'intimée a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante, le taux d'invalidité étant en tout état de cause inférieur à 10 %.

**7.** Il reste, à ce stade, à se pencher sur le dernier grief fait au groupe mutuel, à savoir le refus du droit à une IPAI.

**7.1** Selon l'article 24 alinéa 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 (al. 1). 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 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 (art. 36 al. 4 OLAA).

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. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 consid. 2.3 ; FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant.

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 124 V 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. Pour les atteintes à l'intégrité 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). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a).

**7.2** On relèvera sur ce point qu'il incombe avant tout aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte en résultant. En l'occurrence, dans son rapport d'expertise du 20 mai 2022, le Prof. J \_\_\_\_\_, qui avait reçu et examiné l'assurée le 25 mars précédent, a indiqué que les suites de l'événement accidentel du 26 septembre 2018 ne laissaient pas subsister d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique ouvrant un droit à une IPAI. De son côté, la

recourante ne fait état d'aucun élément clinique, radiologique ou diagnostique concret et objectif susceptible de mettre en cause les conclusions médicales suivies par l'intimée. Elle se borne à confronter son interprétation personnelle de la situation à celle de l'expert. A défaut de facteurs médicaux objectifs contraires ou incompatibles, la Cour de céans ne peut écarter l'appréciation du Prof. J \_\_\_\_\_ qui, rappelons-le, bénéficie d'une pleine valeur probante. Partant, le refus de l'IPAI doit être confirmé.

**8.**

**8.1** Dès lors que l'expertise du 20 mai 2022, portant notamment sur le lien de causalité entre les atteintes persistantes et l'accident du 26 septembre 2018, sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée et sur le droit à une IPAI, revêt une pleine valeur probante, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale, telle que sollicitée par la recourante.

**8.2** Dans ces circonstances, le recours du 20 février 2023, en tous points mal fondé, est rejeté et la décision sur opposition du 19 janvier 2023 confirmée.

**9.**

**9.1** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. <sup>f<sup>bis</sup></sup> LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires.

**9.2** Par décision présidentielle du 23 mai 2023 (cause S3 23 12), la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Tania Ferreira lui étant désignée comme avocate d'office dès le 20 février 2023.

Le tarif des dépens dans les causes civiles, pénales et administratives portées devant une autorité judiciaire ou administrative est régi par la loi cantonale fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; art. 1 al. 1). Les dépens comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre et ses frais de conseil juridique.

Les frais du conseil juridique comprennent les honoraires, calculés selon les articles 27 et suivants LTar, auxquels s'ajoutent les débours (art. 4 al. 3 LTar). Aux termes de l'article 27 alinéa 1 LTar, les honoraires sont fixés entre un minimum et un maximum prévus par la loi, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique et la situation financière de la partie. Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al.

1 et 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi. Ainsi, le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1). Lorsqu'il existe un tarif ou une règle légale fixant des minima et maxima, le juge ne doit motiver sa décision que s'il sort de ces limites, si des éléments extraordinaires sont invoqués par la partie concernée ou si le juge s'écarte d'une note de frais produite par l'intéressé et alloue une indemnité inférieure au montant habituel, en dépit d'une pratique bien définie (ATF 139 V 496 consid. 5.1 et 13 V 111 la 1 consid. 2a, cités dans l'arrêt du Tribunal fédéral 1C\_170/2014 du 10 décembre 2014 consid. 3.1).

Selon l'article 30 alinéa 1 LTar, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40 LTar, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

En l'occurrence, en tenant compte des critères précités et notamment de l'activité déployée par le mandataire du recourant, activité qui a principalement consisté en la rédaction d'un mémoire de recours de 15 pages, reprenant pour l'essentiel les griefs développés dans l'opposition du 14 septembre 2022, d'une réplique de 2 pages, et d'un bref courrier, dans un dossier ne présentant pas de difficulté particulière, la Cour fixe globalement les honoraires de l'avocat à 1500 fr. (TVA comprise), auxquels s'ajoutent des débours. Dès lors, eu égard au tarif de l'assistance judiciaire, une indemnité de 1150 fr. (70 % de 1500 fr. + 100 fr. de débours TVA comprise) sera versée à Me Tania Ferreira par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let. a loi cantonale sur l'assistance judiciaire [LAJ]).

Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse de l'Etat du Valais, mais la recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser cette caisse si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ).

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. Un montant de 1150 francs sera versé à Me Tania Ferreira par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 27 novembre 2025