

FR_GERICHTE 605 2015 116 vom 20. September 2016

FR Kantonsgericht, 2016-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_116

FR: FR_GERICHTE 605 2015 116 du 20 septembre 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 116 del 20 settembre 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 20

janvier 2010 et 11 avril 2013. Par ailleurs, des interventions ont été faites au dos les

E. 21

août 2009, 11 avril 2011 et 10 septembre 2012. Ces dernières ont cependant été prises en charge par l'assureur-maladie, la CNA ayant refusé de prendre en charge le traitement des troubles lombaires par courriers du 6 avril 2008 et du 17 août 2009. C. Parallèlement à la procédure devant l'assureur-accidents, le 27 janvier 2009, l'assurée a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) se plaignant de fractures multiples ainsi que des problèmes d'incontinence. Par projet de décision du 11 septembre 2014, l'Office a informé l'assurée qu'il prévoyait l'octroi d'une rente entière du 1er septembre 2009 au 31 mars 2014 et d'un quart de rente dès le 1er avril 2014. Suite aux objections déposées par l'assurée, l'OAI a mandaté le Dr E. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin qu'ils réalisent une expertise dans leurs spécialités. Leurs rapports respectifs datent du 1er septembre 2015 et du 9 juin 2016. Par un second projet de décision du 22 juin 2016, revenant sur la position prise précédemment, l'OAI a considéré que son assurée n'avait pas droit à une rente en présence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. D. Du côté de l'assureur-accidents, outre des demandes de rapports aux médecins traitants, cette dernière a été admise à G. _____ du 29 avril au 3 mai 2008. Du 18 octobre au 12 novembre 2010, elle y a encore effectué un stage aux ateliers professionnels.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 23 Par décision du 6 août 2014, confirmée sur opposition le 17 avril 2015, la CNA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière au 31 août 2014, refusé tout droit à la rente d'invalidité et versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) sur la base d'un degré de 30%, soit CHF 37'800.-. E. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Maxime Morard, avocat, interjette recours le 20 mai 2015 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement au maintien de son droit aux indemnités-journalières, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et d'un montant de CHF 126'000.- à titre d'IPAI et, plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Elle se plaint d'abord que la CNA n'ait pas tenu compte de certains avis médicaux, notamment de ceux de ses médecins traitants. Or, ceux-ci attestent de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et ses problèmes lombaires. Ils confirment aussi la non-stabilisation de son état de santé et la forte réduction

de sa capacité de travail, confinant à l'incapacité totale. Elle indique que l'OAI a diligencé une expertise dont elle conteste en détails certains points. Au vu de ses nombreuses limitations, elle estime que le marché du travail ne comporte aucune activité qui lui est adaptée. Elle relève qu'aucune "description des postes de travail" (ci-après : DPT) n'est mentionnée, ce qui heurte les requis jurisprudentiels. Elle souligne que le taux d'IPAI retenu ne prend en compte qu'une partie de ses troubles, sans tenir compte de son incontinence urinaire, de ses problèmes dorsaux, de ses troubles au genou droit et de ses difficultés psychiques. Finalement, elle soutient que son droit d'être entendu a été violé dans la mesure où ses réquisitions de preuves n'ont eu aucune suite. A l'appui de son recours, l'assurée demande en outre l'octroi de l'assistance judiciaire totale (ci-après: AJT), la désignation de son mandataire en tant que défenseur d'office et à ce que l'effet suspensif soit accordé à son recours. Par décisions du 28 septembre 2015, la Cour a rejeté la requête d'effet suspensif (605 2015 117) mais a admis la requête d'assistance judiciaire totale, Me Maxime Morard ayant été nommé défenseur d'office (605 2015 118). F. Dans ses observations du 16 décembre 2015, la CNA conclut, avec suite de frais et dépens, à ce que la recourante soit déboutée de toutes ses conclusions. Elle souligne avoir refusé de prendre en charge les troubles dorsaux les 6 avril et 14 août 2009 en application de la "procédure simplifiée", le recours étant irrecevable sur ce point. S'appuyant sur divers avis médicaux, elle considère que les troubles du genou droit ne sont pas des atteintes directes ou indirectes de l'accident. Elle souligne encore que l'état de son assuré est stabilisé. Selon elle, l'état de santé et la capacité de travail ne peuvent pas être améliorés par un traitement des troubles psychiques et urinaires. S'agissant des atteintes au dos et au genou gauche, elles n'ont pas à être prises en charge par elle. Les autres atteintes ont cessé d'évoluer au plus tard à la clôture du cas en août 2014. La CNA confirme l'exigibilité retenue, soulignant que les troubles psychiques n'ont pas d'influence sur la capacité de travail et que les autres troubles n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée. Elle relève que l'assurée n'a pas soulevé le grief relatif aux DPT dans la procédure d'opposition, ceux-ci étant par ailleurs conformes aux limitations retenues. A cet égard, elle soutient que la prise en compte de revenus statistiques ne permettrait pas non plus de retenir un degré d'invalidité significatif. Enfin, elle considère que l'IPAI retenu n'est pas mis en doute par les arguments présentés.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 23 G. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. Par courrier du 6 juillet 2016, le délégué à l'instruction auprès du Tribunal cantonal a requis la production du dossier de l'OAI, lequel s'est exécuté le 13 juillet 2016. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision sur opposition querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. En particulier, la Cour relève ce qui suit. 2. Dans le cadre de ses observations du 15 décembre 2015, la CNA conteste la recevabilité des conclusions de l'assurée en tant qu'elles concernent les troubles lombaires, lesquels avaient déjà fait l'objet d'une communication par le passé (cf. ég. dossier CNA, pièce 74 et 88). a) D'après l'art. 49 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 renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Seules les

prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par cette disposition peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGA). Dans un tel cas, l'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al 2 LPGA). Lorsque la procédure dite "simplifiée" trouve application, on peut attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références; arrêt K 172/04 du 13 mars 2006). Ce délai de réflexion peut, selon les circonstances, être supérieur au délai légal de 30 jours mais ne saurait cependant dépasser plusieurs mois (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1). Un assureur-accidents ne peut pas nier définitivement le droit à toute prestation en relation avec un accident assuré en mettant simplement fin, en procédure simplifiée, à l'octroi de prestations temporaires (indemnité journalière et traitement médical). Dans la mesure où des prestations durables sont en jeu, il lui appartient de rendre une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4; arrêt U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 3.2). Celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 23 b) En l'espèce, dans son courrier du 6 avril 2009, la CNA a refusé de prendre en charge le traitement médical des troubles en L5-S1, ceux-ci n'ayant aucun lien de causalité avec l'accident du 6 février 2008 (dossier CNA, pièces 69, 73 et 74). Ce courrier n'est pas désigné comme une décision et ne comporte pas de voie de droit. Il ne s'agit pas d'une décision au sens formel, ce que l'autorité admet par ailleurs dans ses écritures. C'est à tort que la procédure simplifiée a été utilisée dans le cas d'espèce. S'agissant d'un refus de prester, l'assureur-accidents aurait été tenu de rendre une décision formelle, laquelle aurait pu être contestée dans le cadre d'une procédure d'opposition. Dans ces circonstances, en application de la jurisprudence précitée, l'assurée devait faire part de son désaccord avec le refus de prise en charge des frais de traitement. C'est ce qu'elle a fait par son courrier du 30 avril 2009. Dans ce courrier elle a expressément contesté les conclusions de la CNA quant à l'absence de causalité entre ses douleurs lombaires et l'accident. L'assurée a fait valoir ses droits d'opposition bien avant l'échéance du délai d'un an retenu par la jurisprudence. En présence de l'usage initial erroné de la procédure simplifiée et d'un courrier de contestation de l'assurée émis dans les temps, la CNA devait rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition était ouverte. Or, c'est à nouveau par un simple courrier du 17 août 2009 que l'assureur-accidents a confirmé son refus de prise en charge du traitement des troubles lombaires. Ce courrier n'est toujours pas désigné comme une décision et ne comporte également pas de voie de droit. Il ne peut être considéré comme une décision formelle, ce que la CNA ne prétend par ailleurs pas. A cet égard, l'autorité intimée ne peut se prévaloir du fait qu'aucune objection n'a été déposée par l'assurée contre ce second courrier dans le délai d'une année. A la différence du cas cité aux ATF 134 V 145, l'autorité s'est ici trompée à deux reprises en ne rendant ni la décision initiale de refus de prise en charge ni la seconde décision par le biais de la procédure formelle. Ces imprécisions répétées ne sauraient être opposées à la recourante alors même que celle-ci a, quant à elle, présenté ses objections dans les délais. En l'absence de décision

au sens formel le confirmant, le refus de prester du 6 avril 2009 n'est pas entré en force. c) Partant, il appartient à la Cour de céans de se prononcer également sur les conclusions relatives aux troubles lombaires, celles-ci ne pouvant se voir opposer l'autorité de la chose décidée. 3. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 LPGa, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. 4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il

Tribunal cantonal TC Page 6 de 23 n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a). Savoir si l'événement 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 129 V 181 consid. 3.1; 129 V 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). b) Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 05 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2, 117 V 359 consid. 4b). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. arrêt TF U 18/07 du 7 février 2008, consid. 3.1; ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). c) Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se

présentait directement avant l'accident (status quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (status quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références). 5. 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est

Tribunal cantonal TC Page 7 de 23 en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157; RAMA 1996 n°U 256 p. 217 et les références). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt du Tribunal fédéral U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). Enfin, quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 6. a) Dans ses écritures, la recourante affirme qu'il existe un lien de causalité naturelle, à tout le moins partiel, et de causalité adéquate entre ses différents troubles lombaires et l'accident du 6 février 2008. Elle s'appuie sur l'avis de son médecin, le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier CNA, pièces 109, 187, 196 et 225). On doit relever que l'assurée a subi une fracture de la vertèbre sacrée S3, remontant vers S2, lors de l'accident (cf. not. dossier CNA, pièces 4, 5, 9, 11, 19 et 28). Il n'est pas contesté que ces lésions sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 6 février 2008. Toutefois, ces lésions du sacrum sont à distinguer des troubles lombaires en L4, L5 et S1. C'est pour ces derniers que l'existence d'un rapport de causalité est contestée. Or, force est d'admettre que l'existence d'un lien de causalité naturelle n'a pas été rendue plausible à leur égard. En effet, l'avis du Dr H. _____ dont se prévaut la recourante n'est aucunement motivé, le médecin se contentant de cocher une case dans un formulaire. En outre, son avis est isolé. Les médecins d'arrondissement de la CNA sont formels. Le Dr I. _____, spécialiste FMH en chirurgie, estime que la "relation de causalité entre ces lésions dégénératives [...] et l'accident du 6 février 2008 n'est que possible voir exclue" (dossier

CNA, pièce 73; cf. ég. pièce 75). Le

Tribunal cantonal TC Page 8 de 23 Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, souligne que les différents troubles lombaires "étaient présents avant l'accident" (dossier CNA, pièces 96, 114 et 164). Le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, indique qu'au niveau "du bassin et de la colonne lombo-sacrée, il existe des éléments dégénératifs antérieurs à l'accident qui sont clairement non SUVA" (dossier CNA, pièces 212 et 293). Par ailleurs, la Cour relève qu'en juin 2008 déjà, les médecins de G. _____ diagnostiquent des "troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire". Ils indiquaient, s'agissant des cervicales et lombaires, qu'"aucune lésion traumatique n'a été mise en évidence" (dossier CNA, pièces 28, 35). Le Dr L. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, souligne que l'accident a "révélé" – soit, selon le Petit Robert, "faire connaître, faire savoir (ce qui était inconnu)" – la présence de hernies discales (rapport du 5 novembre 2014, dossier OAI, pièce 821). Pour sa part, le Dr M. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, ne mentionne pas les lombalgies comme diagnostics découlant de l'accident du 6 février 2008 (dossier CNA, pièces 36 et 239). Le Dr N. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, signale que les douleurs proviennent d'un "segment dégénéré" (dossier CNA, pièce 87; cf. ég pièces 149 et 150). Enfin, l'origine dégénérative des troubles lombaires est également mise en exergue dans l'expertise du 11 septembre 2015 du Dr E. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Certes cette expertise est postérieure à la décision litigieuse. Néanmoins, elle fait état d'éléments antérieurs qui peuvent être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. C'est particulièrement le cas s'agissant de la question de la présence ou non de lésions préexistantes au traumatisme ou de leur origine dégénérative. Or, l'expert qualifie les troubles lombaires de "maladie discale dégénérative", ceux-ci n'étant pas mentionnés dans la liste des lésions de l'appareil locomoteur entraînées par l'accident. Au contraire, l'expert souligne que "la maladie discale lombosacrée, celle en L4/L5 et [celle] en C5/C6/C7" sont des lésions préexistantes au traumatisme, dont les conséquences se seraient répercutées sur la capacité de travail même en l'absence de l'événement dommageable (dossier OAI, pièce 940). Tous ces rapports médicaux attestent de l'origine exclusivement dégénérative des troubles lombaires, ce qui exclut leur origine traumatique. Contrairement aux rapports du Dr H. _____ dont se prévaut la recourante, ces avis sont motivés, fondés sur des éléments objectifs (notamment des examens et des radiographies) et leurs conclusions se recourent entièrement. Leur thèse apparaît, pour ces motifs, convaincante. Au demeurant, on peut relever que le Dr H. _____ ne semble lui-même pas convaincu par la sienne. En effet, dans un courrier adressé à l'Office des juges d'instruction, il indique que sa patiente a subi "un traumatisme cranio- cérébral avec perte de connaissance, une plaie du cuir chevelu, des plaies au niveau de la main gauche, une fracture du sacrum et une contusion du genou gauche". Alors même que l'atteinte sacrée est citée, d'éventuels troubles lombaires ne sont, quant à eux, pas mentionnés (dossier CNA, pièce 30). Partant, la Cour retient que les troubles lombaires dont se prévaut l'assurée ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 6 février 2008. Ils ne sont dès lors pas du ressort de l'assurance-accidents. b) Doit ensuite être examiné le rapport de causalité naturelle entre les troubles du genou droit et l'accident du 6 février 2008. La recourante allègue que l'atteinte est due à l'utilisation

Tribunal cantonal TC Page 9 de 23 excessive du genou droit en raison des douleurs à l'autre genou, ces dernières étant causales à l'accident du 6 février 2008. A cet égard, il faut relever que la présence d'une atteinte au genou droit est confirmée par diverses pièces du dossier. Le Dr L. _____ et le Dr M. _____ diagnostiquent un épanchement (dossier CNA, pièces 138, 140, 164 et 187 et 362). Pour sa part, le Dr H. _____ mentionne un "syndrome rotulien douloureux des deux genoux" (dossier CNA, pièce 140). S'agissant spécifiquement de la causalité entre les troubles du genou droit et l'accident, seul le Dr M. _____ soutient la thèse présentée par le requérant. Il affirme que l'épanchement s'est fait "sur surcharge (usée d'épargne de genou [gauche])" (dossier CNA, pièce 138; cf. ég. pièces 140, 164 et 187). Partant, si la présence d'une atteinte au genou droit est confirmée par différentes pièces du dossier, l'affirmation de la requérante selon laquelle elle aurait été causée par une surcharge n'est étayée que par l'avis du Dr M. _____. Pour dénier la présence d'un lien de causalité, la CNA se fonde sur la position défendue par son médecin d'arrondissement, le Dr K. _____, dans des rapports sur dossier du 27 novembre 2014 et du 15 avril 2015. Celui-ci a expressément et fermement exclu qu'un éventuel épanchement au genou droit soit attribuable à la sollicitation accrue de ce membre en raison des séquelles accidentelles impliquant l'autre jambe (dossier CNA, pièces 293, 363 et 367). Même si cette affirmation n'est que peu motivée et ne saurait seule emporter conviction de la Cour, elle est confirmée par le Dr E. _____ qui diagnostique une "gonarthrose interne droite débutante", dont l'évolution est lente. Selon lui, il "n'est pas retrouvé d'étiologie somatique de l'appareil locomoteur permettant d'expliquer les gonalgies droites". La gonarthrose droite n'est pas mentionnée dans les lésions causales de l'appareil locomoteur entraînées par l'accident (dossier OAI, pièce 940). Pour rédiger ce rapport, le Dr E. _____ s'est d'abord basé sur le dossier de l'assurance- invalidité dont il a résumé une grande quantité de pièces – médicales ou non – mettant notamment en exergue les diagnostics, les limitations et la relevance par rapport à la problématique psychique. Il s'est aussi fondé sur un entretien avec l'assurée ainsi que le dossier d'imagerie médical qu'elle a produit. Lors de l'entretien, l'assurée a pu indiquer ses plaintes lesquelles ont été retranscrites dans leur intégralité. L'expert a aussi procédé à un examen de l'assurée sur le plan de l'appareil locomoteur, précisant quand avaient éventuellement émises des plaintes. Ce n'est qu'ensuite que les questions médicales sont discutées. Force est de constater que le rapport se base sur des examens complets, l'expert ayant une connaissance poussée des aspects objectifs et subjectifs du dossier. Pour leur part, ses conclusions et observations sont indiquées de manière motivée et détaillée. A cet égard, on peut relever que l'expert souligne sans ambiguïté l'existence d'une tendance à l'exagération ainsi que des contradictions entre comportement et plaintes. Cette expertise, d'excellente facture, possède une entière force probante. Dans la mesure où la thèse défendue par la CNA est confirmée par le Dr E. _____, bien que postérieurement à la décision litigieuse, elle est convaincante. c) Enfin, la Cour relève qu'il n'est pas contesté que les douleurs aux membres supérieurs, notamment dans les bras et les poignets, ne sont pas en relation de causalité avec l'accident du 6 février 2008. C'est ce qu'a admis la requérante lors d'un entretien de 2012 déjà (dossier CNA, pièce 222). C'est également ce que retient le Dr E. _____ dans son expertise, signalant par ailleurs que l'assurée

Tribunal cantonal TC Page 10 de 23 n'avait pas encore informé l'OAI de ses douleurs aux bras, coudes et pouces (dossier OAI, pièce 940). d) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la CNA a considéré que les troubles lombaires, les douleurs au genou droit et les troubles aux membres supérieurs n'étaient pas de son ressort, dans la mesure où ils ne sont

pas en relation de causalité avec l'accident du 6 février 2008. L'éventuelle perte de gain qui en découle n'a pas à être prise en compte par l'assureur-accidents. La présence d'un rapport de causalité entre les autres troubles allégués – en particulier les douleurs au genou gauche, l'incontinence urinaire et les troubles psychiques – et l'accident du 6 février 2008 n'est pas remise en cause par les parties. 7. Il convient d'examiner si l'état de santé de l'assurée s'est stabilisé au niveau de ces dernières affections. Dans la positive, cela justifie qu'il soit mis fin à la prise en charge des traitements médicaux et à l'octroi d'indemnités journalières, et à ce que son droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) soit examiné.

a) L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Dans le même temps, et vu l'art. 16 al. 2 LAA, 2e phrase, le droit à l'indemnité journalière s'éteint notamment dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail ou dès qu'une rente est versée. L'indemnité journalière n'est par ailleurs pas allouée s'il existe un droit à l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité (art. 16 al. 3 LAA).

b) De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a un droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (arrêt TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1, 133 V 57 consid. 6.6.2 p. 64).

c) Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de l'art. 19 al. 1 LAA. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 23 Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., Berne 1989, p. 274).

8. Dans ses décisions, la CNA a considéré que l'état de son assurée s'était stabilisé, justifiant la fin du paiement de l'indemnité journalière dès le 31 août 2014. Elle s'est fondée sur les rapports des 6 novembre 2013 et 27 février 2014 de ses médecins, le Dr K. _____ et le Dr O. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre conseil. Elle a également relevé que son médecin traitant, le Dr L. _____, ne la voyait qu'une fois par année.

a) A titre liminaire, la Cour rappelle que la stabilisation – ou

non – de la problématique lombaire et de la problématique au genou droit est sans influence sur la présente cause. En l'absence de rapport de causalité naturelle, ces troubles ne sont pas du ressort de l'assurance- accidents. Seules les affections situées au genou gauche, l'incontinence urinaire et les troubles psychiques sont encore discutés. Or, lorsqu'elle conteste que son état de santé se soit stabilisé, la recourante se prévaut que la problématique lombaire nécessite encore une opération et que les problématiques du genou droit vont avoir une opération imminente. Comme indiqué, cela n'est pas relevant sur le plan de l'assurance-accidents. Par ailleurs, les avis des médecins majoritairement consultés pour ces problématiques, notamment le Dr N. _____ et le Dr P. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, doivent être pris en compte avec une certaine réserve. b) Cela étant, sur le plan orthopédique, dans son rapport du 6 novembre 2013 et lors d'un entretien du même jour, le Dr K. _____ a considéré que les troubles du genou gauche pouvaient être considérés comme stabilisés bien qu'il subsiste quelques limitations. Il souligne que la prothèse est en place depuis 2013, que tout est normal et que la médication n'a qu'une visée antalgique et fait la suggestion d'une éventuelle modification (dossier CNA, pièces 291 et 293). Dans le cadre de ce rapport, confirmé par un rapport ultérieur (cf. dossier CNA, pièce 367), il examine la capacité de travail et le degré d'IPAI causé par les troubles au genou gauche. Le médecin considère dès lors que l'état de santé de la recourante est stabilisé. Cet avis est confirmé par le rapport d'expertise du Dr E. _____, bien que celui-ci soit ultérieur à la décision ici litigieuse. L'expert affirme en effet que les lésions occasionnées par l'accident, notamment l'entorse du ligament collatéral interne du genou gauche, sont guéries depuis le 6 mai 2008 (dossier OAI, pièce 940). En outre, on doit constater que suite à l'opération du genou gauche d'avril 2013, tout a été considéré comme normale par les radiologues l'ayant examinée et le Dr L. _____. Le suivi réalisé par ce dernier étant par ailleurs limité à des consultations annuelles de contrôle (dossier CNA, pièces 278 et 362; cf. ég. dossier OAI, pièces 552 et 821). Bien qu'il ne soit pas consulté au propos des troubles du genou mais des lombalgies, c'est également ce qu'estime manifestement le Dr N. _____ lorsqu'il mentionne un "status post- prothèse totale du genou gauche" (dossier OAI, pièce 841).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 23 Les autres rapports médicaux ne contredisent pas ce constat. En l'absence d'autre troubles orthopédiques en relation de causalité avec l'accident, force est de constater que c'est à juste titre que l'autorité intimée a considéré l'état de santé de la recourante stabilisé sur ce plan dans sa décision du 6 août 2014, confirmée sur opposition le 17 avril 2015. c) Sur le plan vésico-sphinctérien, des problèmes d'incontinence – initialement causés par les fractures des vertèbres sacrales – sont médicalement attestés depuis l'accident. Pour ces problèmes, la recourante est suivie par le Dr Q. _____, spécialiste FMH en urologie. Depuis 2008, ce médecin fait état de diagnostics semblables, soit notamment une "vessie neurogène partielle sur lésion des racines sacrées après fracture du sacrum au niveau S3", des "douleurs lombo-sacrées persistantes", des "troubles mictionnelles obstructifs", une "incontinence urinaire de stress grade 2" et une "cystocèle de grade 2". A ceux-ci s'ajoute le diagnostic de "cure d'hernie discale" en 2011. Entre 2008 et 2014, le "diagnostic urodynamique" n'a pas évolué, la vessie étant considérée comme stable. Pour leurs parts, l'anamnèse, le status urinaire et l'ultrason évoluent peu entre 2011 et 2014. Les consultations du Dr Q. _____ sont désormais annuelles (dossier CNA, pièces 54, 151, 219, 242 et 318; cf. ég. pièce 332 p. 3). Ces éléments permettent de conclure à la stabilisation de l'état de santé. Pour sa part, dans ses rapports de 2012 et 2013, le Dr K. _____ souligne que la médication mise en place

aide "considérablement la patiente". Il propose une rééducation afin de l'aider dans sa vie quotidienne. Néanmoins, fin 2013, il considère implicitement son cas comme stabilisé dès lors qu'il estime temps d'évaluer l'éventuel octroi d'une IPAI (dossier OAI, pièces 212 et 293). Force est de constater que, sur le plan urologique, l'état de santé est stabilisé, à tout le moins depuis 2011. d) Enfin, sur le plan psychique, le Dr O. _____ ne traite pas expressément de la stabilisation de l'état de santé. Lors de son examen du 27 février 2014, il a seulement affirmé que les troubles psychiques n'étaient que de faible ampleur et n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail (dossier CNA, pièce 332). Il considère dès lors implicitement que l'état de santé est stabilisé. La stabilisation de l'état de santé sur le plan psychique est confirmée par le Dr R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. En effet, dans ses rapports adressés tant à l'assureur-accidents qu'à l'assurance-invalidité, le psychiatre fait état d'un état de santé stationnaire, voire s'améliorant légèrement. Depuis 2010, les diagnostics n'évoluent pas, la médication et le traitement psychothérapique de soutien non plus (dossier CNA, pièce 187, 219 et 258). La stabilisation est également confirmée par le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans son expertise du 9 juin 2016 (dossier OAI, pièce 1002). L'état de santé de l'assurée doit être considéré comme stabilisé sur le plan psychique. e) Partant, la Cour retient que l'état de santé de l'assurée doit être considéré comme stabilisé au plus tard depuis le 31 août 2014. C'est dès lors à juste titre que, dans sa décision du 6 août 2014, confirmée sur opposition le 17 avril 2015, l'autorité intimée a mis fin au paiement de l'indemnité journalière dès le 31 août 2014.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 23 9. a) Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). c) En ce qui concerne le revenu d'invalidité, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain

correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Si, en revanche, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base de données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: OFS). Dans ce cas, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. De telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à

Tribunal cantonal TC Page 14 de 23 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. A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui permet de réunir des données salariales pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1). S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales recueillies par la CNA, le Tribunal fédéral exige, en sus de la production d'au moins cinq descriptions de poste de travail (DPT), la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 V 472). En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il y a lieu de se fonder sur les statistiques salariales de l'OFS (cf. arrêt du Tribunal fédéral U 81/2005 du 14 juin 2006 consid. 3.2). d) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il appartient aux médecins de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). Pour rappel, et comme indiqué

précédemment, pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées. 10. Demeure litigieuse la question de savoir si la CNA était en droit de considérer que son assurée n'avait pas droit à une rente de l'assurance-accidents, ce qui dépend d'une appréciation médicale de son état de santé et de sa capacité de travail. A titre liminaire, la Cour relève qu'il n'est pas contesté que l'assurée n'est plus apte à exercer son ancienne activité. Les médecins sont unanimes à ce propos. Par contre, on doit relever des discordances s'agissant de l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée et des limitations fonctionnelles à prendre en compte. La CNA s'attache à l'avis des ses médecins, le Dr O. _____, psychiatre conseil, et le Dr K. _____, médecin d'arrondissement.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 23 11. a) Sur le plan psychique, le Dr O. _____ fait état des diagnostics de dysthymie (F34.1) et de majoration des symptômes (F68.0). Selon lui, ces troubles n'ont pas d'influence sur la capacité de travail (rapport du 27 février 2014, dossier CNA, pièce 332). Le rapport est basé sur l'examen des différentes pièces du dossier asséculogique alors que le psychiatre avait, par le passé, déjà statué dans le cadre de ce dossier (cf. pièce 265). Il a donc une connaissance non seulement ponctuelle, mais aussi sur la durée du cas, sans que son avis ne soit influencé par le lien de confiance inhérent au mandat thérapeutique. Lors de l'entretien, l'assurée a pu faire part de ses plaintes, notamment s'agissant des différentes sources de douleurs, de sa fatigue, de son humeur changeante, de ses troubles de la mémoire et de la présence de flashbacks et cauchemars. Force est dès lors de constater que le rapport se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier. Le médecin-psychiatre discute des avis figurant dans les différentes pièces du dossier, expliquant les raisons de s'en écarter et motivant ses propres conclusions. Bien qu'émis par un médecin interne à l'assureur-accidents, ce rapport a pleine valeur probante. b) L'avis du psychiatre conseil est confirmé par le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans son rapport d'expertise du 9 juin 2016. Tout comme le psychiatre conseil de la CNA, l'expert conclut aux diagnostics de dysthymie (F34.1) et de majoration des symptômes (F68.0) qui n'ont pas d'influence sur la capacité de travail (dossier OAI, pièce 1002). La valeur probante de l'expertise psychiatrique est admise par le Dr S. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service Médical Régional des Offices AI Berne, Fribourg et Soleure (ci- après: SMR; dossier OAI, pièce 1003). Force est de constater avec lui que l'avis de l'expert psychiatre se fonde sur le dossier asséculogique – il a par ce biais une connaissance complète de l'anamnèse et de la situation médicale – ainsi que sur un entretien du 7 juin 2016. Lors de cet entretien de 2h30, l'assurée a été en mesure de présenter librement ses plaintes, en particulier les troubles qui l'affectent. L'expert discute, de manière distincte et argumentée, non seulement des diagnostics figurant dans le dossier médical, mais également de certains diagnostics qui n'y sont pas mentionnés. Il indique les raisons de leur sélection ou de leur exclusion, se fondant notamment sur ses propres observations, les déclarations de l'assurée ou son historique (social, professionnel, familial). Enfin, l'expert examine la question de la capacité de travail également en relation avec les critères mentionnés dans l'ATF 141 V 281, relevant notamment la présence de ressources bien supérieures à celles alléguées. L'expertise est particulièrement bien structurée, détaillée et argumentée. Elle revêt une

valeur probante pleine et entière. Quand bien même cette expertise a été rédigée ultérieurement à la décision litigieuse, elle concerne également une période plus ancienne et contemporaine à ladite décision. c) Au demeurant, les conclusions du psychiatre conseil et de l'expert psychiatre ne sont pas mises en doute par les autres pièces du dossier. Certes, le Dr R. _____ – qui suit régulièrement l'assurée depuis 2010 – fait état de diagnostics nettement plus sérieux que les précités. Dans ses rapports, il mentionne en effet un état de stress post-traumatique chronique (F43.0), un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et un syndrome post-commotionnel (F07.2). Les deux premiers diagnostics influencent la capacité de travail, celle-

Tribunal cantonal TC Page 16 de 23 ci étant estimée entre 30 et 40% tant dans l'ancienne activité que dans une activité adaptée (dossier CNA, pièce 67, 187 et 219; cf. ég. dossier OAI, pièce 763). Néanmoins, il convient de tenir compte du fait qu'en tant que médecin traitant de l'assurée, le psychiatre est susceptible de présenter un avis favorable à son patient (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc). En outre, son avis est écarté de manière convaincante par l'expert. Celui-ci remarque que tous les symptômes ne sont pas réunis, ce que confirme d'autres pièces du dossier telles qu'un rapport d'observation du 28 février 2013 ou les déclarations de l'assurée. On doit enfin relever que c'est en vain que la recourante se prévaut des conclusions des responsables des ateliers de G. _____. Quand bien même ils concluent que l'employabilité est sujette à caution, de jurisprudence constante, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, ces dernières étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). d) Partant, la Cour retient que la capacité de travail de l'assurée n'est pas restreinte par des troubles psychiques. 12. a) Sur le plan somatique, le Dr K. _____ diagnostique un "status après accident de travail" avec notamment pour conséquence "une fracture du bassin au niveau S2/S3, une incontinence urinaire post traumatique, contusion du genou [gauche] avec rupture partielle des ménisques interne et externe + du LCA qui seront suturée, et installation d'une arthrose au niveau du genou [gauche]". Il estime que la capacité de travail est nulle dans l'ancienne activité. Par contre, elle est entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée. Selon le médecin, cette activité doit permettre une alternance des positions, avec possibilité de se dégourdir les jambes, limiter le port de charge supérieures à 20 kg. Elle doit aussi ne pas imposer certains types de déplacements (échelles, échafaudages, terrain irrégulier, pente, escaliers), de s'accroupir ou de s'agenouiller, ainsi que des positions de contraintes (rapport du 6 novembre 2013, dossier CNA, pièce 293; cf. ég. rapport du 14 avril 2015, dossier CNA, pièce 367). En tant que spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, le Dr K. _____ apparaît avoir les compétences requises pour statuer en la matière, contrairement à ce qu'affirme le recourant. Tout comme le psychiatre conseil, le médecin d'arrondissement a déjà statué dans ce dossier, notamment lors d'exams médicaux (cf. pièces 203, 212, 252, 273 et 291). Il a dès lors une connaissance – externe – du cas sur la durée. Dans le cadre de ce rapport particulier, le médecin s'est fondé sur le dossier asséculologique et sur des examens réalisés lors d'un entretien avec l'assurée. Durant celui-ci, cette dernière a pu faire part de ses plaintes. Force est dès lors de constater que le rapport du 6 novembre 2013 se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier. Le médecin discute des principales conclusions figurant dans les différentes pièces du dossier, explique les motifs de s'en écarter et motive de manière détaillée ses propres conclusions. Le rapport doit dès

lors se voir reconnaître une entière force probante.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 23 b) L'avis du Dr K. _____ est confirmé par d'autres pièces du dossier. D'abord, sur le plan rhumatologique, la Cour relève que le Dr E. _____ arrive à une exigibilité presque identique bien qu'il prenne en compte un panel plus vaste de troubles de l'appareil locomoteur, comprenant également ceux qui ne sont pas en relation de causalité avec l'accident du 6 février 2008. Ainsi, en tant que diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, l'expert rhumatologue fait état d'une "gonarthrose gauche avec lésions méniscales dégénératives interne et externe", d'une "discopathie sévère C5/C6 et C6/C7", d'une "gonarthrose droite débutante" et de divers status post-opératoires aux lombaires (L5/S1) et au ligament croisé antérieur gauche. Selon l'expert, ces diagnostics empêchent l'assurée de reprendre son ancien travail d'ouvrière. Par contre, sa capacité de travail demeure entière dans une activité adaptée. Les limitations mentionnées sont presque identiques à celles mises en exergue par le Dr K. _____, même si l'expert fait état de limitations plus fortes s'agissant du port de charges (5 à 10 kg) – ce qui est manifestement justifié par les atteintes aux cervicales pris en compte – et qu'il insiste sur l'absence de "situation monopodale" où avec commande au pied (dossier OAI, pièce 940). La position des Drs K. _____ et E. _____ est partagée par le Dr L. _____. Suite à la mise en place d'une prothèse en avril 2013, celui-ci rappelle l'impossibilité d'une reprise de l'ancienne activité à temps plein. Toutefois, dans un rapport du 21 mai 2013 adressé à l'OAI, le médecin estime que sa patiente peut travailler "8h/j" dans une activité adaptée à son handicap. Il fait état des mêmes limitations que le médecin d'arrondissement, notamment s'agissant des positions du corps, des déplacements et le fait que sa patiente ne peut "pas porter du lourd". Fin 2014, faisant toujours état des mêmes limitations fonctionnelles, le médecin ajoutera qu'une reprise lui semble difficile "vu la motivation" (dossier CNA, pièces 245, 249 et 272; cf. ég. dossier OAI, pièces 551 et 821). Enfin, sur le plan urologique, le Dr Q. _____ ne fait pas état d'effet sur la capacité de travail des problèmes qu'il diagnostique (dossier CNA, pièces 54, 151, 219, 242 et 318). c) La position défendue par les médecins précités n'est pas mise en cause par les autres pièces figurant au dossier. Dans ses derniers rapports, le Dr M. _____ est d'avis que les limitations fonctionnelles de sa patiente – en substance proches de celles retenues par les Drs K. _____, E. _____ et L. _____ – lui permettent de reprendre une activité adaptée à un taux d'environ 40-50% (dossier CNA, pièce 187, 219, 239 et 247; cf. ég. dossier OAI, pièces 431). Cependant, de son aveu même, le médecin n'a "pas, à proprement parlé, pris en charge la patiente" et renvoie aux avis des spécialistes (dossier CNA, pièce 187). En outre, il appert que ses rapports sont influencés de manière non négligeable par les dires subjectifs de sa patiente. Par exemple, alors même qu'il indique que, selon lui, l'évolution est stable, il coche l'option que l'état de santé "s'est aggravé", dès lors que sa patiente estime que l'évolution est défavorable (dossier CNA, pièce 219). Par ailleurs, les avis du Dr M. _____ sont tous antérieurs à la dernière opération d'avril 2013. Pour l'ensemble de ces motifs, l'avis du généraliste n'est pas convaincant. Pour leurs parts, comme relevé ci-avant, les avis des Drs P. _____ et N. _____ et doivent être pris en compte avec réserve dans la mesure où ils font état d'atteintes à la santé qui ne sont pas causales à l'accident du 6 février 2008. En outre, on doit également relever que l'avis du Dr N. _____ n'est pas exempt de contradictions, ainsi que le relève le Dr S. _____ dans un avis du 27 février 2015. Ainsi, il souligne de manière convaincante que le chirurgien a revu

Tribunal cantonal TC Page 18 de 23 l'exigibilité à la baisse alors même qu'aucune justification ne pouvait être tirée de ses rapports, tant implicitement ou qu'explicitement (dossier OAI, pièce 848). C'est par ailleurs cette contradiction qui a motivé l'OAI à diligenter une expertise auprès du Dr E. _____. d) Au vu de ce qui précède, se fondant sur les rapports des Drs O. _____ et K. _____, la Cour retient que la capacité de travail de l'assurée est nulle dans son ancienne activité. Elle est par contre entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée. Cette activité doit permettre les positions alternées assise et debout ainsi qu'autoriser la recourante à se dégourdir les jambes par moments. Elle doit limiter le port de charges lourdes (20 kg), l'utilisation d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, la marche en terrain irrégulier ou en pente, l'accroupissement ou l'agenouillement, les positions de contrainte. Cela étant, on peut relever que la capacité de travail de la recourante semble influencée par des facteurs extra-médicaux. Mis à part l'aspect démonstratif des plaintes, on peut encore citer son âge, sa faible motivation à reprendre un travail, ses connaissances linguistiques et sa scolarité limitée. Ces facteurs ne sont pas du ressort de l'assurance-accidents. Au demeurant, dans la mesure où le dossier assécurologique a permis de trancher le présent litige, c'est à juste titre que l'autorité a statué sans donner suite à toutes les réquisitions de preuve de la recourante par appréciation anticipée de preuves. A cet égard, on doit relever que les rapports médicaux des Drs P. _____ et N. _____ requis ne sont pas en mesure de modifier la liquidation de la cause dès lors que les troubles qu'ils traitent ne sont pas du ressort de l'assurance-accidents.

13. Dans la décision du 6 août 2014, confirmée sur opposition le 17 avril 2015, la CNA a affirmé que les seules séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de son assurée de manière importante et ne l'empêchaient pas d'obtenir un revenu plus ou moins égal à celui qu'elle obtiendrait dans l'activité qu'elle exerçait avant l'accident. a) Pour évaluer le revenu d'invalidé, la CNA a effectué des calculs sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT) – sur un ensemble de plus de 60 résultats de recherche – pour l'année 2014. L'ensemble des cinq DPT correspondent aux limitations fonctionnelles de l'assurée. A cet égard, on peut relever que la fonction de "collaborateur de production" auprès de T. _____ SA est d'ores et déjà occupée par des personnes partiellement handicapées. Toutefois, on doit s'étonner du choix de la CNA de prendre en compte la fonction d'employée de banque, nécessitant expressément un "minimum de connaissances linguistiques allemand- anglais" et demandant passablement de déplacements dans les locaux (cf. dossier CNA, pièce 339). Il convient de rappeler que la recourante ne parle que portugais et français (rapport du premier entretien du service de placement professionnel du 16 décembre 2010, dossier OAI, pièce 264), elle ne possède dès lors clairement pas les compétences de base requises pour un tel poste. En l'absence de cinq DPT représentatives de la situation personnelle et physique de la recourante, il y a lieu de se fonder sur les statistiques salariales de l'OFS. b) Selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012 (ci-après: ESS 2012) de l'Office fédérale de la statistique (ci-après: OFS), le salaire auquel peuvent prétendre des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé se monte à CHF 4'112.-

Tribunal cantonal TC Page 19 de 23 (TA1_skill_level, totaux, niveau de compétence 1; cf. arrêt TF 9C_632/2015 du 4 avril 2016 consid. 2.5.7). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités existant sur le marché du travail, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes de la recourante, sans perte de rendement (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Pour sa part, le choix du niveau de compétence 1 permet de tenir compte du fait que l'assurée ne possède

pas de d'expérience. En effet, l'ESS différencie quatre niveaux de qualification et, en principe, le niveau 1 vise des personnes n'ayant pas de formation et est adapté à la situation d'espèce. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures, soit CHF 4'286.75) et compte tenu de l'indexation jusqu'à l'année 2014 (OFS, tableau T38) le montant statistique doit être porté à CHF 4'351.30, soit CHF 52'215.60 annuellement. Au moment de la décision sur opposition litigieuse, l'assurée était âgée de plus de 60 ans. Aucun autre facteur de réduction ne doit être appliqué ici. A cet égard, on doit rappeler que l'activité et le taux de travail exigible tiennent compte du handicap causé par ses troubles. Pour ces motifs, il convient d'opérer une réduction du salaire statistique à hauteur de 10%. Le revenu hypothétique d'invalidité est dès lors fixé à CHF 46'994.05. c) Pour sa part, dans la décision sur opposition litigieuse, la CNA a fixé le revenu de valide à un montant de CHF 51'610.-. Ce montant n'est pas contesté. Il correspond au salaire présumé sans accident en 2014, tel qu'attesté par l'ancien employeur le 9 juillet 2014 (cf. dossier CNA, pièce 341). Le salaire hypothétique de valide se monte dès lors à CHF 51'610.-. d) Compte tenu d'un salaire de valide de CHF 51'610.- et d'un salaire d'invalidité de CHF 46'994.05, la perte de gain se monte à CHF 4'645.95. Cela correspond à un degré d'invalidité de 9%. Un degré d'invalidité inférieur à 10% est insuffisant pour obtenir une rente de l'assurance-accidents. 14. La dernière question litigieuse porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 30%. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III

Tribunal cantonal TC Page 20 de 23 p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009; voir également T. FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; J.-M. FRÉSARD/M. MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., Bâle 2007, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt du Tribunal

fédéral 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit, no 235; arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b).

c) L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à la rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par

Tribunal cantonal TC Page 21 de 23 analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Selon l'annexe 3 OLAA, le taux maximal pour une "perte d'une jambe au niveau du genou" est de 40%. Dans ce cadre, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables, qui ne constituent pas des règles de droit mais de simples indications ne liant pas le juge, sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 p. 235, U 245/96 consid. 2a). 15. Sur le vu de ce qui précède, il convient dès lors de déterminer le droit du recourant à l'octroi d'une IPAI. Rappelons à titre liminaire que cette problématique doit être traitée uniquement sous l'angle médical. Comme établi ci-avant, l'état de santé de l'assuré doit être considéré comme stabilisé à partir de fin août 2014. Le taux d'IPAI doit donc être déterminé à ce moment-là, compte tenu d'éventuelles aggravations prévisibles. Pour établir le degré d'IPAI, la CNA se fonde sur les différents rapports du Dr O. _____ et du Dr K. _____ dont la valeur probante a été confirmée ci-avant. Le premier souligne que l'atteinte psychique n'est pas d'une ampleur suffisante pour justifier l'octroi d'un IPAI (rapport du 27 février 2014, dossier CNA, pièce 332). Le second considère que l'incontinence et l'atteinte sacrée ne donnent pas

droit à l'octroi d'une IPAI, dès lors que le phénomène n'est pas d'ampleur inhabituelle. Par contre, il considère que le genou gauche, qui ne présentait pas d'atteinte avant l'accident, a justifié la mise en place d'endoprothèse, dont il estime le résultat moyen. Il fixe dès lors le degré d'IPAI à 30%, se fondant sur la table 5.2 (rapports du 6 novembre 2013 et du 15 avril 2014, dossier CNA, pièces 293 et 367). Pour contester la position de la CNA, la recourante se plaint du fait qu'il n'ait pas été tenu compte de l'ensemble de ses atteintes. Comme indiqué précédemment, la problématique lombaire et de la problématique au genou droit est sans influence sur la présente cause. Ensuite, elle se prévaut d'une jurisprudence du Tribunal fédéral pour affirmer que le degré d'IPAI est de 10% en cas d'incontinence. Elle omet cependant de préciser que, dans ce cas précis, le Tribunal se contentait d'indiquer le contenu d'une appréciation médicale. Cette critique n'est dès lors pas pertinente. On peut admettre que les problèmes d'incontinence sont très pénibles. Ils ne sont cependant pas d'une ampleur inhabituelle, en particulier chez une femme de plus de soixante ans et mère de deux enfants, au point qu'il soit justifié de les prendre en compte dans le degré d'IPAI. Une telle ampleur n'est, à tout le moins, pas médicalement attestée par les médecins l'ayant examinée. Au vu de ce qui précède, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité n'est pas critiquable et la recourante n'apporte aucun élément susceptible de la remettre valablement en cause. Partant, le taux de l'IPAI de 30% retenu par l'autorité intimée doit être confirmé. 16. a) En résumé, il ressort de ce qui précède que les troubles lombaires, les douleurs au genou droit et les troubles aux membres supérieurs ne sont pas en relation de causalité avec l'accident du 6 février 2008. L'éventuelle perte de gain qui en découle n'a, par conséquent, pas à être indemnisée par l'assureur-accidents.

Tribunal cantonal TC Page 22 de 23 S'agissant des seuls troubles devant être pris en compte par l'assureur-accidents – soit les douleurs au genou gauche, l'incontinence urinaire et les troubles psychiques – l'état de santé de l'assurée doit être considéré comme stabilisé ce qui justifie l'examen de son droit à la rente. Ces troubles ne génèrent toutefois qu'une incapacité de travail limitée dans une activité adaptée de sorte que la recourante n'a pas droit à une rente de l'assurance-accidents en présence d'un degré d'invalidité insuffisant. Enfin, l'atteinte qu'a subie la recourante donne droit à une IPAI au taux de 30%. La décision sur opposition litigieuse doit dès lors être entièrement confirmée. Pour ces motifs, mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée. c) Conformément aux art. 142 et 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), le mandataire du recourant peut prétendre ici à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office. Le 5 septembre 2015, celui-ci produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 4'654.15, soit CHF 4'164.- (23,2 heures à CHF 180.-) au titre d'honoraire, CHF 145.40 au titre de débours et frais ainsi que CHF 344.75 au titre de la TVA (8%). Quand bien même le dossier de 372 pièces de la CNA est volumineux et qu'une requête de mesures provisionnelles a été déposée, la difficulté de la cause n'était pas excessive, en particulier en présence d'avis médicaux globalement uniformes sur de nombreux points. Cela ne saurait justifier des honoraires dépassant 18 heures. Partant, l'indemnité du défenseur d'office est réduite à CHF 3'656.25, soit CHF 3'240 (18 heures à CHF 180.-), CHF 145.40 au titre de débours et frais ainsi que CHF 270.85 au titre de la TVA (8%). Ce montant total est intégralement pris en charge par l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 23 de 23 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. III. L'indemnité allouée à Me Maxime Morard, avocat, en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 3'656.25, dont CHF 270.85 au titre de la TVA. Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. IV.

Communication. 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 20 septembre 2016/pte Président Greffier

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