



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2018 220

## **Arrêt du 4 novembre 2019**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marianne Jungo, Marc Sugnaux

Greffière :

Isabelle Schuwey

#### **Parties**

**A.** \_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Karim Hichri, avocat  
auprès d'Inclusion Handicap, Service juridique

contre

**BÂLOISE ASSURANCE SA, autorité intimée**, représenté par  
Me Jean-Marie Favre, avocat

#### **Objet**

Assurance-accidents – degré d'invalidité et taux de la rente – taux de  
l'indemnité pour atteinte à l'intégrité

Recours du 14 septembre 2018 contre la décision sur opposition du  
16 juillet 2018

## **considérant en fait**

A. Le 12 mai 2012, A. \_\_\_\_\_, née en 1976, infirmière à 50%, a été victime d'un accident de moto lors duquel elle a subi un polytraumatisme avec traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC).

Le cas a été pris en charge par la Bâloise Assurance SA (ci-après : la Bâloise), auprès de laquelle elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels.

Dans le cadre de mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, elle a pu reprendre progressivement son activité d'infirmière jusqu'à atteindre le taux précédemment exercé de 50%, moyennant cependant un changement de domaine médical pour une unité mieux adaptée à son état de santé.

Après avoir notamment mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'Expertises Médicales (ci-après : CEMed), l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) lui a refusé l'octroi d'une rente par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2017. Ce refus, non contesté, est entré en force.

B. Par décision du 19 février 2018, la Bâloise a mis un terme à la prise en charge du cas dès le 28 février 2016 et lui a octroyé une rente d'invalidité de 35% dès le 1<sup>er</sup> février 2016. En outre, elle lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un taux de 40%.

L'opposition formée par l'assurée à l'encontre du taux d'invalidité retenu ainsi que du taux de l'IPAI octroyée a été rejetée par décision sur opposition du 16 juillet 2018.

C. Le 14 septembre 2018, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès de Inclusion Handicap, interjette recours contre cette dernière décision. Elle conclut, sous suite de dépens, à la réformation de la décision attaquée dans le sens qu'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 40% lui soit accordée et qu'une IPAI de CHF 63'000.- lui soit accordée. A titre subsidiaire, elle conclut au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction. Elle critique en particulier le fait que l'autorité intimée se soit fondée sans réserve sur l'instruction menée par l'OAI, en particulier sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire réalisée par le CEMed, alors que ce dernier présente des incohérences. Elle conteste également les modalités de calcul du taux d'invalidité, notamment sous l'angle du taux d'abattement, qui n'a pas fait l'objet d'un examen circonstancié. S'agissant de l'IPAI, elle requiert que son taux soit fixé par un médecin sur la base des tables légales, l'appréciation à ce propos des médecins du CEMed ne reposant pas sur une motivation suffisante.

Le 29 octobre 2018, la Bâloise, représentée par Me Jean-Marie Favre, avocat à Fribourg, propose le rejet du recours. Elle relève notamment que l'assurée a accepté la décision de l'OAI, fixant le taux d'invalidité à 35%, sur la base de la capacité résiduelle déterminée par l'expertise pluridisciplinaire du CEMed, et que, à défaut de tout élément permettant de remettre en cause ce taux d'invalidité, celui-ci doit être confirmé. S'agissant du taux de l'IPAI, elle confirme la force probante des conclusions de l'expertise du CEMed, chiffrant à 40% la somme des atteintes constatées.

Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures.

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 nécessaire à la solution du litige.

## en droit

1.

Interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

3.

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.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]).

Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée ; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

3.1. 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.

Pour la comparaison des revenus, 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). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

3.2. 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 222 consid. 4.3.1 et la référence citée).

3.3. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421).

Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: l'OFS).

Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. 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 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. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

4.

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 en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c).

4.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351).

4.2. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

4.3. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références citées ; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

5.

L'assurance-invalidité n'étant pas liée par les décisions de l'assurance-accidents en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3).

Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, Bundessozial-

versicherungsrecht, 3<sup>ème</sup> éd., 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise (arrêt TAF C-7866/2009 du 2 mai 2011 consid. 9.1).

Il sied en outre de relever que les services médicaux de l'assurance-invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales.

6.

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 OLAA).

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).

7.

Sont litigieux en l'espèce les taux de la rente d'invalidité et de l'IPAI qui ont été allouées à l'assurée pour les suites de l'accident dont elle a été victime le 12 mai 2012.

L'assurée conteste la valeur du rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMed sur la base duquel ces deux taux ont été déterminés.

Quant à l'autorité intimée, elle estime qu'à défaut d'élément médical permettant de remettre en cause les conclusions de cette expertise, rien ne justifie de s'en écarter.

Qu'en est-il ?

Il s'agit tout d'abord de revenir sur le dossier et de retracer brièvement l'historique de ce cas.

#### *7.1. Accident du 12 mai 2012 et évolution*

Le 12 mai 2012, l'assurée, qui circulait à moto, a été victime d'un accident de la circulation, lors duquel elle a notamment subi un grave traumatisme crânio-cérébral (TCC).

Tout d'abord hospitalisée en soins intensifs, elle a ensuite été transférée dans un service de neuroréhabilitation où elle a été suivie par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ce dernier a assuré le suivi médical à l'issue de l'hospitalisation, en parallèle avec son médecin traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Elle a également bénéficié d'un suivi sur les plans neurologique, psychiatrique et psychothérapique (cf. analyse du dossier médical, rapport d'expertise du 3 novembre 2016, p. 3-8, dossier intimée, pièce 11).

Dans le cadre des mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre par l'OAI, elle a pu reprendre progressivement son activité d'infirmière dès le 11 décembre 2012, jusqu'à atteindre le

taux précédemment exercé de 50%. Elle a cependant dû changer de service pour travailler dans une unité plus calme que son service habituel et ainsi mieux adaptée à son état de santé (cf. dossier intimée, pièce 14).

Par décision du 3 février 2014, l'OAI a mis un terme aux mesures professionnelles, considérant que l'assurée avait pu récupérer sa précédente capacité de travail et qu'elle ne subissait aucune perte de gain résultant de son atteinte à la santé (dossier intimée, pièce 15).

## 7.2. Demande de rente AI

Le 16 février 2016, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OAI, en faisant valoir que, sans son atteinte à la santé, elle aurait augmenté son taux d'activité à 80% dès la scolarisation de ses enfants, ce qu'elle n'était toutefois plus en mesure de faire compte tenu de son état de santé.

Une incapacité de travail de 50%, de durée indéterminée, était en effet attestée depuis le 26 janvier 2015 par le Dr B.\_\_\_\_\_ (cf. certificats médicaux des 26 janvier 2015 et 14 mars 2016 cités dans le rapport d'expertise du 3 novembre 2016, p. 7 et 8, dossier intimée, pièce 11).

## 7.3. Expertise pluridisciplinaire du 3 novembre 2016

Sur mandat de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée auprès du CEMed, sur la base de 3 entretiens personnels – le 18 mai 2016 avec le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le 14 juin 2016 avec le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 31 mai 2016 avec Mme F.\_\_\_\_\_, neuropsychologue – dont les conclusions conjointes sont réunies dans le rapport du 3 novembre 2016 (dossier intimée, pièce 11).

Ce rapport passe tout d'abord en revue le dossier médical et asséculo-logique depuis l'accident, et en particulier de nombreux rapports médicaux établis par différents spécialistes (rapport, p. 3-8). En particulier, le dernier rapport médical mentionné, daté du 14 mars 2016, émane du Dr B.\_\_\_\_\_, qui mentionnait alors une « *diminution de la résistance au stress et réaction affective inappropriée* » et attestait d'une incapacité de travail à hauteur de 50%, de durée indéterminée (p. 8).

Lors de ces différents entretiens, l'assurée a pu s'exprimer sur ses difficultés actuelles. Elle a notamment signalé la « *persistance d'une fatigue et d'une fatigabilité majeures, d'une somnolence, de troubles du sommeil, de troubles de l'attention et de la mémoire, d'une impulsivité et d'une irritabilité, de difficultés à effectuer plusieurs tâches à la fois* », des troubles du sommeil ainsi que « *l'absence de sensation de faim* », ce qui a induit une importante prise de poids (p. 10-11). Sur le plan psychique, elle a déclaré que « *lorsqu'elle est très fatiguée, elle devient plus irritable et impulsive avec une agressivité uniquement verbale et à domicile* », ce qui ne se produit pas dans le cadre professionnel grâce à la limite du taux d'activité de 50% (p. 11). Elle a également affirmé être « *en mesure de terminer une tâche précise sur son lieu professionnel. Chez elle, il lui faut plus de temps pour finir une tâche en raison de la fatigue nécessitant des pauses* » (p. 11). En outre, elle a indiqué souffrir d'anxiété épisodique légère, liée à des facteurs extérieurs (p. 11), de « *ruminations anxieuses légèrement envahissantes, toujours en rapport avec l'avenir* », de « *nervosité face à un stress extérieur* » et d'une « *irritabilité toujours présente, en rapport avec la fatigue, à la moindre contrariété* » (p. 12). Elle a également mentionné un « *ralentissement psychomoteur important présent depuis l'accident* » (p. 12) et des difficultés de mémoire, pas systématiques (p. 13). Sur le plan somatique, elle a fait état d'un « *manque de réactivité*

*émotionnelle à des évènements ou circonstances habituellement agréables, un ralentissement marqué et une perte sévère de la libido »* (p. 13). En revanche, elle a nié l'existence de symptômes de stress post-traumatique, de troubles phobiques ou dépressifs, hypomaniaques ou maniaques et de symptômes psychotiques (p. 12-13).

Elle a décrit ses activités habituelles (travail deux ou trois jours par semaine avec des journées de 8 heures, marche avec le club alpin, VTT, jardinage, courses au supermarché une à deux fois par semaine, activités ménagères réparties sur trois périodes dans la semaine en raison de la fatigue, tâches administratives occasionnelles, lecture, TV ; p. 14).

Sur le plan professionnel, elle a déclaré *« avoir pu reprendre progressivement son activité professionnelle préalable à un taux de 50%, mais n'a pu augmenter son taux d'activité au-delà de 50%, alors qu'elle espérait pouvoir travailler à 80% lorsque ses enfants iraient à l'école »* (p. 24).

Elle a indiqué être toujours suivie par le Dr B. \_\_\_\_\_, et désormais également par le Dr G. \_\_\_\_\_, psychiatre, à raison de deux séances par année, ainsi que par Mme H. \_\_\_\_\_, psychothérapeute, une fois par semaine (p. 11 et 14).

Le rapport d'expertise relève une fatigue importante et une limitation de la mobilité de la nuque sans provocation de douleurs (p. 16 et 24). Sur le plan psychique, l'expert constate une altération de la perception de soi ainsi qu'un épisode de tension psychique mêlée à une agressivité dans la relation avec une irritabilité subite. En revanche, il ne décèle aucun signe anxieux ni signe dépressif ou d'autre trouble psychique (p. 17).

Les résultats de l'examen neuropsychologique réalisé démontrent de la fatigue, un *« déficit modéré de certaines fonctions exécutives (inhibition verbale) »* ainsi qu'un *« déficit modéré de la mémoire épisodique verbale »* (p. 18-22). Les résultats psychométriques sont qualifiés de *« globalement superposables »* à ceux de l'examen neuropsychologique réalisé à la fin de l'année 2012, avec toutefois *« une meilleure gestion des difficultés cognitives aujourd'hui qu'il y a trois ans, la compensation des troubles se faisant néanmoins au prix d'efforts susceptibles d'induire la fatigue ressentie »* (p. 25).

En conclusion, le rapport relève une *« modification du comportement, une labilité de l'humeur (...), des troubles de l'attention, des troubles de la mémoire, une grande fatigabilité et un impossibilité à assumer son ménage, sa vie sociale ou familiale »* ainsi que de l'anxiété, *« des difficultés à mener à bien des difficultés de longue haleine, une faible capacité d'adaptation aux évènements après la planification d'une action, une irritabilité avec des accès de colère envers ses enfants »* (p. 23-24). Les experts constatent que *« l'évolution des troubles a été visiblement tout à fait favorable »* (p. 24).

Sur le plan de la capacité de travail, le rapport détaille d'abord les limitations fonctionnelles découlant des atteintes neuropsychologiques : *« compte tenu de l'effet délétère possible de facteurs tels que le stress ou la fatigue sur le fonctionnement cognitif (...), la limitation de la capacité de travail est plus importante dans une activité professionnelle soumettant l'assurée à de fortes sollicitations telle que la prise en charge de patients en stade aigu, activité exercée par l'assurée au moment de l'accident du 12 mai 2012, que dans une fonction soignante auprès de patients hospitalisés pour une durée plus longue ne se trouvant pas en stade aigu. La capacité de travail dans une activité de soins intensifs est donc nulle, dans une activité adaptée moins*



*exigeante en termes de réactivité, d'adaptation rapide, d'assimilation et de traitement synthétique de données nouvelles, elle est de 70% »* (p. 25).

Quant aux atteintes psychiques retenues (« *trouble organique de la personnalité* », p. 25 et 27), elles engendrent également d'autres limitations fonctionnelles (« *difficultés relationnelles, agressivité, difficultés dans la gestion des émotions, dans la reconnaissance de la maladie, hypersensibilité au stress et capacité d'adaptation au changement limitée* »), qui ne justifient toutefois aucune limitation supplémentaire de la capacité de travail dans une activité adaptée (p. 27).

Sur la base de ces différents éléments, les experts ont confirmé que la capacité de travail dans l'activité habituelle (service de soins aigus) était nulle. En revanche, dans une activité adaptée, à savoir toute activité dans le domaine médical tenant compte des limitations, la capacité résiduelle est de 70% sans diminution de rendement (p. 31).

Enfin, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité, les experts ont considéré que l'atteinte psychique justifiait une indemnité de 20%, de même que l'atteinte neuropsychologique (p. 33).

#### 7.4. *Décision de l'OAI*

Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2017, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente.

Il a été tenu compte du fait qu'une activité adaptée, par exemple un poste d'infirmière dans un service adapté aux limitations fonctionnelles retenues, était exigible à un taux de 70%, sans diminution de rendement. Le revenu d'invalidé théorique résultant de l'exercice d'une telle activité, moyennant une réduction de 10% au titre de désavantage salarial, s'élevait à CHF 49'939.90.

Ce revenu a été comparé avec le revenu de l'activité qui aurait été exercée sans l'atteinte à la santé, à savoir un poste d'infirmière en neuroréhabilitation à un taux de 80% (soit le taux souhaité par l'assurée une fois ses enfants scolarisés), à savoir un revenu annuel de CHF 76'977.70 (CHF 5'921.36 x 13). En découle un degré d'invalidité de 35.12% dans la partie lucrative de l'activité de l'assurée.

Pondéré avec le degré d'invalidité de 2% présenté dans la partie ménagère de son activité, il en résulte un degré global de 28.50%, soit largement en-dessous du seuil de 40% ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité (dossier intimée, pièce 12).

Cette décision, non contestée par l'assurée, est entrée en force.

#### 7.5. *Procédure LAA et décision litigieuse*

Par décision du 19 février 2018, la Bâloise a considéré le cas comme stabilisé. Se fondant sur les considérations de l'OAI, elle a retenu un degré d'invalidité de 35% donnant droit à une rente LAA de 35% dès le 1<sup>er</sup> février 2016. Elle a également accordé une IPAI, dont le taux a été fixé à 40%, soit CHF 50'400.- (dossier intimée, pièce 3).

Dans son opposition du 22 mars 2018, complétée le 30 mai 2018, l'assuré a contesté le degré d'invalidité retenu par l'autorité intimée ainsi que le taux de l'IPAI octroyée. Elle a en particulier contesté la valeur probante de l'évaluation médicale du CEMed, en raison d'incohérences, en faisant valoir que ce rapport constatait des résultats neuropsychologiques superposables à ceux réalisés peu après l'accident (à savoir des difficultés persistantes en mémoire antérograde verbale,

un tableau des plaintes post-traumatique significatif, ainsi qu'un déficit significatif de la cognition, le tout entraînant des difficultés dans l'exercice d'une profession) ; pourtant, les experts considèrent que l'état de santé s'est amélioré du point de vue neuropsychologique, simplement parce que l'assurée donne l'impression de mieux gérer les difficultés cognitives en compensant les troubles au prix d'efforts susceptibles d'induire de la fatigue. De plus, la fatigue, constatée par les experts, est également imputable à une altération de la qualité du sommeil suite à l'accident. Elle a ainsi considéré que la capacité de travail de 70% retenue par les experts était arbitraire.

Elle a également soulevé la présence de contradictions, en ce sens que les experts n'ont tenu compte d'aucun trouble psychiatrique dans l'évaluation de la capacité médico-théorique, mais ont néanmoins tenu compte de troubles psychiatriques pour l'évaluation de l'IPAI, à hauteur de 20%.

En outre, le diagnostic de stress post-traumatique a été écarté de manière arbitraire, uniquement parce qu'il a été posé par une psychothérapeute et pas par un psychiatre.

Elle a encore contesté le taux d'abattement de 10% opéré sur le revenu théorique d'invalidé, simplement été repris du calcul effectué par l'OAI. Or, ce point n'avait pas été examiné de manière circonstanciée par l'OAI.

Enfin, elle a encore affirmé que le taux de l'IPAI devait être déterminé sur la base de rapports médicaux et que l'estimation faite par les médecins du CEMed (soit l'addition de deux atteintes représentant 20% chacune) n'était pas suffisante (dossier intimée, pièce 5).

Par décision sur opposition du 16 juillet 2018, l'autorité intimée a intégralement confirmé sa position.

8.

Dans son recours auprès de l'Instance de Céans, la recourante fait valoir les mêmes griefs que ceux soulevés dans le cadre de son opposition du 22 mars 2018, complétée le 30 mai 2018. Elle fait ainsi grief à l'autorité intimée de s'être fondée sur les conclusions de l'OAI, sans mettre en œuvre elle-même la moindre mesure d'instruction, pour retenir une capacité de travail résiduelle de 70% sans diminution de rendement dans une activité adaptée, donnant lieu à un degré d'invalidité de 35%. Sur le fond, elle critique l'évaluation médicale découlant du rapport d'expertise du CEMed, qu'elle qualifie de contradictoire et d'arbitraire, et en conteste dès lors les conclusions sur le plan de l'exigibilité médico-théorique.

8.1. La Cour constate en premier lieu que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMed se fonde sur un examen complet du dossier médical de la recourante, ainsi que sur trois examens cliniques, réalisés les 18 et 31 mai et 14 juin 2016. A cette occasion, l'anamnèse complète a pu être établie et la recourante a pu s'exprimer sur sa situation actuelle, en particulier sur ses difficultés résiduelles. Il appert ainsi que ses plaintes ont été dûment prises en compte par les différents experts. Les rapports médicaux émanant de différents médecins intervenus dans ce cas ont par ailleurs été retranscrits. Sur la base de ces éléments, les experts ont décrit les différentes limitations découlant des séquelles de l'accident du 12 mai 2012, tant sur le plan neuropsychologique (diminution de la résistance au stress et à la fatigue) que psychique (difficultés relationnelles, agressivité, difficultés dans la gestion des émotions, etc.). L'appréciation faite par les experts de la capacité de travail résiduelle résultant de ces limitations, à capacité de travail de 70% dans une fonction soignante moins exigeante, est motivée et convaincante. Ainsi,

dans la mesure où ce rapport d'expertise est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante.

Sur le fond, les conclusions des experts paraissent en outre cohérentes avec les plaintes exprimées par l'assurée, ainsi qu'avec les différents rapports médicaux qui ont été examinés par les experts. D'ailleurs, leurs conclusions ne semblent pas avoir été remises en cause par d'autres avis médicaux. Les critiques de la recourante à l'encontre de l'expertise du CEMed sont en effet purement intrinsèques à cette expertise, mais ne reposent sur aucun élément médical susceptible de contredire les conclusions de ces experts. Alors même qu'au moment où cette expertise a été mise en œuvre, la recourante était suivie par différents médecins traitants et psychologue, aucun de ceux-ci ne semble avoir exprimé une opinion divergente, notamment quant à la capacité médico-théorique de 70% retenue dans une activité adaptée. Ainsi, non seulement la recourante ne produit pas le moindre rapport médical qui permettrait d'appuyer son point de vue, mais ne prétend même pas que l'un de ses médecins traitants aurait exprimé un avis différent de celui des experts.

Dès lors, même si le dossier produit par l'autorité intimée ne contient pas l'intégralité des pièces médicales passées en revue dans le rapport d'expertise, rien ne permet pour autant de supposer que les conclusions des experts du CEMed seraient minoritaires par rapport au reste du dossier médical constitué par l'OAI, ni même simplement remises en question par l'un ou l'autre des nombreux médecins intervenus dans ce dossier.

Dans ces conditions, quoi qu'en dise la recourante, à défaut de tout élément susceptible de faire douter du bien-fondé des conclusions de l'OAI et en l'absence de question spécifique à l'assurance-accidents nécessitant une instruction particulière, c'est à bon droit que l'autorité intimée a renoncé à ordonner d'autres mesures d'instruction et s'est fondée sur l'expertise réalisée sur mandat de l'OAI (cf. *supra* consid. 5).

8.2. Il en va de même dans le cadre de la présente procédure de recours. En effet, pas plus que lors de la procédure d'opposition, la recourante ne se prévaut du moindre avis médical contraire.

Ses critiques à l'encontre des conclusions des experts du CEMed semblent constituer bien plutôt une simple relecture du rapport d'expertise, sans toutefois reposer sur des éléments pertinents sur le plan médical. Il semble ainsi s'agir d'une pure contestation de principe de ce rapport, tendant à obtenir la mise en œuvre d'une nouvelle expertise qui, par hypothèse, pourrait aboutir à des conclusions qui lui seraient plus favorables.

Or, le fait que la présente procédure soit soumise aux maximes d'office et inquisitoire ne dispense pas la recourante d'apporter des indices suffisants visant à remettre en cause les conclusions médicales qu'elle conteste. Il convient en effet de rappeler à cet égard que la maxime inquisitoire, dans le cadre d'un recours, est conditionnée par l'exigence de motivation des griefs invoqués, qui constitue une condition de recevabilité du recours. En effet, elle n'a pas pour vocation de pallier à un déficit de motivation du recours, et c'est précisément sous cet angle que l'on pourrait imputer à la recourante un défaut de preuve, dans la mesure où ses critiques à l'égard de l'expertise du CEMed ne sont soutenues par aucun rapport médical émanant de l'un ou l'autre de ses médecins traitants.

Dans ces conditions, la Cour est d'avis qu'il ne se justifie pas de mettre en œuvre de plus amples mesures d'instruction dans le cadre de la procédure judiciaire. Par ailleurs, et comme il vient d'être

dit, les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed semblent correspondre à l'ensemble du tableau clinique et refléter la globalité du dossier de l'AI, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de requérir la production de ce dossier dans le cadre de la présente procédure.

8.3. Quant aux critiques de la recourante s'agissant du calcul du degré d'invalidité, elles sont également purement appellatoires et ne reposent sur aucun argument concret. En effet, elle se borne à affirmer que cette question n'a « *pas fait l'objet d'un examen circonstancié* », sans expliquer pourquoi l'abattement de 10% opéré par l'OAI sur le revenu statistique d'invalidé ne serait pas suffisant, et pour quels motifs il se justifierait d'admettre une déduction plus importante.

Pour les motifs exposés précédemment, un tel argument ne saurait à l'évidence être suffisant, de sorte que ce grief doit également être écarté.

Au demeurant, on ne voit pas pourquoi un abattement supérieur se justifierait dans le cas d'espèce, au vu des facteurs entrant en considération à cet égard (limitations liées à l'ampleur du handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, ou encore le taux d'occupation ; cf. *supra* consid. 3.3), dont la recourante ne saurait manifestement se prévaloir.

8.4. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, en l'absence de tout indice permettant de remettre en cause l'appréciation faite par l'OAI et reprise par l'autorité intimée du degré d'invalidité de la recourante, il convient de confirmer le taux de 35% de la rente LAA qui a été allouée à cette dernière.

La décision AI n'ayant fait l'objet d'aucun recours de la part de la recourante, celle-ci ne saurait en effet implicitement la remettre en cause aujourd'hui sans preuve médicale. Au demeurant, cette dernière décision, qui prend en compte une incapacité de travail dans une activité exercée à un taux d'occupation plus élevé qu'avant l'accident – 80%, sur la base des déclarations de la recourante qui avait affirmé vouloir augmenter son taux d'activité après la scolarisation de ses enfants – paraît sous cet angle plutôt favorable à cette dernière.

9.

Enfin, s'agissant de la détermination du taux de l'IPAI qui lui a été octroyée, les mêmes constats s'imposent : la recourante ne fait valoir aucun élément médical permettant de remettre en question le calcul effectué par l'autorité intimée, fondé sur l'appréciation des experts du CEMed, qui avaient estimé à 20% le degré de l'atteinte sur le plan psychique et 20% également sur le plan neuropsychologique.

Là encore, les griefs de la recourante constituent de pures contestations de principe, dans la mesure où elle n'explique aucunement pour quel motif le taux minimal de 50% auquel elle conclut devrait être préféré à celui de 40% estimé par les experts.

Partant, le taux de 40% de l'IPAI octroyée à la recourante doit être confirmé.

10.

Il s'ensuit le rejet intégral du recours et la confirmation de la décision attaquée.

10.1. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

10.2. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C\_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6, 9C\_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

**la Cour arrête :**

I. Le recours est rejeté.

Partant, la décision sur opposition du 16 juillet 2018 est confirmée.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

III. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 4 novembre 2019/isc

Le Président :

La Greffière :