

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/225/2014

ATAS/1005/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 septembre 2014**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o M. A\_\_\_\_\_, à GENEVE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître MATHEY-DORET Marc

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1982, était étudiante en deuxième année d'informatique de gestion à la Haute école de gestion de Genève et travaillait en parallèle quelques heures par semaine au sein de B\_\_\_\_\_ AG, société de sondages par téléphone, lorsqu'elle a été victime, le 10 septembre 2006, d'un accident de la circulation : le scooter dont elle était passagère a été heurté par un véhicule et l'assurée a été éjectée à plus de dix mètres. La Zurich Compagnie d'Assurances SA (ci-après l'assureur-accidents) a pris en charge les suites de cet évènement.
2. Dans un rapport du 21 septembre 2006, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie et chef de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a relaté que l'assurée, hospitalisée suite à l'accident, souffrait d'un hématome épidual pariéto-temporal gauche - évacué par crâniotomie le jour même -, d'une fracture du rocher gauche avec otorrhée et rhinorrhée, d'une hypoacousie gauche post-traumatique, d'une fracture de D2 (recte : L2) stable, ainsi que d'une fracture de l'aileron iliaque gauche pour laquelle les orthopédistes avaient préconisé un traitement conservateur. L'assurée avait séjourné aux HUG jusqu'au 21 septembre 2006, date de son transfert à Beau-Séjour en vue d'une rééducation. L'incapacité de travail était totale.
3. Le 29 septembre 2006, la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et cheffe de clinique au service de rééducation des HUG, a confirmé les diagnostics précédemment évoqués, y ajoutant celui d'entorse du poignet gauche. Le médecin émettait l'avis que l'incapacité de travail serait probablement supérieure à un mois.
4. Le 25 octobre 2006, la doctoresse D\_\_\_\_\_ a ajouté aux diagnostics précédemment posés ceux de traumatisme crânio-cérébral (TCC), d'anémie hypochrome normocytaire postopératoire et de trouble de l'adaptation post-traumatique. Un bilan neuropsychologique avait révélé un tableau compatible avec des séquelles post-traumatiques d'intensité modérée. Il était trop tôt pour envisager la reprise d'activité professionnelle ou d'études. L'assurée se plaignait de cauchemars et d'angoisse en rapport avec le choc de l'accident. Le médecin laissait le soin au docteur E\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, d'évaluer la nécessité d'un suivi par un spécialiste (psychiatre ou psychothérapeute) afin d'éviter l'installation d'un syndrome de stress post-traumatique. Au moment de sa sortie, le 5 octobre 2006, l'assurée ne disposait d'aucune capacité de travail.
5. Dans un rapport du 6 novembre 2006, le docteur C\_\_\_\_\_ a dit avoir observé un status neurologique normal ; la cicatrice était calme ; l'assurée décrivait de rares céphalées, avec une zone d'hyposensibilité au niveau du cuir chevelu aux alentours de la cicatrice. Elle se déplaçait avec des cannes en raison d'une fracture pubienne.

Quant à la fracture du plateau supérieur de L2, les radiographies étaient superposables à celles de septembre 2006.

6. Le 22 décembre 2006, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin interne au service de rééducation des HUG, a indiqué avoir revu l'assurée le 11 décembre 2006. Elle souffrait toujours de cauchemars nocturnes, associés à un état d'angoisse lié au stress post-traumatique. Elle était suivie par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Suite à son traumatisme crânien, elle présentait toujours des céphalées occasionnelles, une fatigabilité après un effort soutenu, des difficultés attentionnelles (lenteur, erreurs occasionnelles) et un défaut du mot occasionnel pour des noms propres. Les déficits liés à son traumatisme crânien et à son stress post-traumatique l'empêchaient pour le moment de reprendre son travail de téléphoniste et de reprendre ses études informatiques. Il était encore trop tôt pour répondre aux questions sur les éventuelles séquelles à long terme.
7. Le 18 janvier 2007, le docteur E\_\_\_\_\_, a mentionné que l'assurée souffrait de douleurs de son genou droit et du dos, liées aux différentes lésions post-traumatiques. Elle avait développé une boiterie de Trendelenburg à gauche après quelques minutes de marche, liée à une faiblesse musculaire au niveau du bassin et de la sangle lombo-abdominale, pour laquelle elle était suivie en physiothérapie pour un reconditionnement global. Elle n'avait pu reprendre son travail de téléphoniste et ses études informatiques.
8. Dans un rapport du 24 janvier 2007, le docteur F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F 43.1 CIM-10).
9. Dans un complément du 5 avril 2007, il a noté que l'assurée avait repris le cours de ses études en février 2007. Selon lui, un trouble de la personnalité sous-jacent était probable.
10. Le 18 avril 2007, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin interne au service de rééducation des HUG, a observé que la fracture du mur antérieur de L2 de l'assurée était stable. Une entorse cubito-carpienne du poignet gauche limitait l'intéressée dans ses déplacements, effectués avec des cannes anglaises. L'antalgie était stable. Les vertiges rotatoires s'étaient bien calmés, permettant à la patiente un équilibre satisfaisant. L'assurée avait pu acquérir un périmètre de marche avec des cannes anglaises sur plus de deux cents mètres, après renforcement musculaire efficace des membres inférieurs et supérieurs, et augmentation de la stabilité au niveau de la ceinture lombo-abdominale. Le médecin ne préconisait pas de suivi neuropsychologique.
11. Dans un certificat du 11 juin 2007, le docteur E\_\_\_\_\_ a mentionné la persistance de céphalées intenses intermittentes, de quelques troubles de mémoire, ainsi que de douleurs au niveau du dos et du bassin à gauche et d'un état dépressif post-traumatique. L'incapacité de travail était toujours totale. Selon le médecin, il fallait craindre un dommage permanent sous forme de céphalées, troubles neuropsychologiques et douleurs au dos et au bassin.

12. Le 20 juin 2007, Madame H\_\_\_\_\_, psychologue FSP et neuropsychologue, a indiqué que l'assurée avait tenté de reprendre ses études en février 2007, mais qu'elle avait dû renoncer au bout de quelques semaines, car elle n'arrivait plus à suivre et était trop fatiguée. L'assurée était décrite comme collaborante, adéquate et motivée, se plaignant principalement d'une importante fatigue ; elle évoquait d'importantes difficultés d'endormissement et des réveils fréquents, malgré la prise de somnifères, ainsi que de fréquentes et importantes migraines. L'assurée disait avoir constaté des difficultés dans la retranscription de chiffres lorsqu'elle écrivait, une confusion des mots lorsqu'elle lisait, des oublis et une diminution de ses capacités de concentration. Le score sur l'échelle de BECK (BDI-II) montrait la présence de symptômes dépressifs moyens. Un suivi par la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, venait de débiter.
13. Dans un rapport du 23 juillet 2007, le docteur E\_\_\_\_\_ a fait état, en sus des diagnostics précédemment posés, de troubles cognitifs et de céphalées intermittentes. L'assurée ne présentait plus d'anémie mais souffrait toujours de stress post-traumatique associé à de l'angoisse et à une légère dépression. Au niveau cognitif, suite au TCC, persistaient une fatigabilité après un effort soutenu, des difficultés attentionnelles et des troubles mnésiques. L'assurée souffrait toujours de céphalées intermittentes, partiellement diminuées par des médicaments. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 9 juillet 2007 montrait des séquelles de contusions temporales gauches. Au niveau orthopédique, il y avait encore des douleurs occasionnelles au niveau lombaire, liées à la fracture de L2, nécessitant toujours une prise en charge physiothérapeutique. L'incapacité de travail était toujours totale ; l'assurée n'avait pas pu reprendre ni son emploi ni ses études informatiques en raison de céphalées et de troubles cognitifs, liées à son TCC et au stress post-traumatique.
14. Dans un certificat médical du 6 septembre 2007, la Dresse I\_\_\_\_\_ a conclu à un épisode dépressif sévère (F 32.2 CIM-10) et à un état de stress post-traumatique (F 43.1 CIM-10). L'assurée, qui suivait, depuis le 15 juin 2007, un traitement de psychiatrie intégrée (type cognitivo-comportementale), serait encore totalement incapable de travailler jusqu'au 1er octobre 2007, date à compter de laquelle le médecin estimait qu'elle serait capable de reprendre le travail à 50%.
15. Dans un rapport du 25 octobre 2007, Mme H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait repris ses études à 50% depuis le début du mois. Elle semblait capable de suivre ses cours mais restait très fatiguée, surtout le week-end, et rencontrait d'importantes difficultés à se lever le matin ; l'assurée était décrite comme motivée mais angoissée par son avenir.
16. Le 7 novembre 2007, la Dresse I\_\_\_\_\_ a fait état du fait que le poids de l'assurée était désormais à la limite inférieure de la norme en raison d'une inappétence importante. Ce problème nutritionnel était très probablement à mettre en relation avec la dépression. Dans le contexte d'une reprise des études, l'assurée rencontrait des troubles importants de mémoire et de concentration. La diminution de poids

était à prendre en considération pour éviter que l'assurée ne se retrouve dans un état de faiblesse physique pouvant entraver la récupération de ses facultés intellectuelles.

17. Le 21 novembre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
18. Le 27 décembre 2007, Mme H\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée se disait « perdue », profondément affectée par une rupture sentimentale récente. Elle avait souhaité faire une pause dans ses différentes prises en charge (neuropsychologique et psychiatrique). Elle restait très angoissée par son avenir. De plus, la reprise des études avait été un échec.
19. Le 19 février 2008, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué avoir noté chez l'assurée une amélioration de la thymie, des troubles de l'humeur ainsi que des troubles du sommeil. Les flash-back et les cauchemars étaient en régression. L'assurée avait essayé une nouvelle fois de reprendre les cours en septembre 2007 mais s'était rapidement rendu compte que ses troubles de la concentration et une grande fatigue l'empêchaient de suivre. Alors que son état s'améliorait, elle avait montré une recrudescence de symptômes dépressifs suite aux difficultés rencontrées lors des cours. L'évolution psychique était étroitement liée à la récupération neuropsychologique et à la mise en place d'une formation professionnelle qui pourrait lui convenir. Des mesures professionnelles étaient donc préconisées. L'incapacité de travail était totale.
20. Dans un rapport du même jour, la docteure J\_\_\_\_\_, cheffe de clinique aux HUG, a décrit l'état de santé de l'assurée comme stationnaire. Selon le médecin, l'activité habituelle n'était plus exigible et il y avait une baisse de rendement. L'assurée pourrait exercer une autre activité ne sollicitant pas de façon répétitive ses capacités d'organisation et de mémorisation. Des mesures professionnelles étaient donc indiquées. Il était difficile de se prononcer quant au nombre d'heures pouvant être effectuées par jour, raison pour laquelle une évaluation par l'Atelier préprofessionnel de la Clinique Beau-Séjour était préconisée, afin de juger, d'une part, des compétences de l'intéressée, d'autre part, de sa capacité à maintenir une activité professionnelle de façon prolongée. Une évaluation ergothérapeutique préprofessionnelle avait été interrompue en raison d'un suivi difficile et devrait être reproposee.
21. Le 5 mars 2008, Mme H\_\_\_\_\_ a qualifié les progrès de l'assurée de très minimes, expliquant que l'intéressée souffrait encore de nombreux handicaps. Elle pouvait cependant encore faire des progrès significatifs en vue d'une meilleure autonomie (privée et scolaire/professionnelle). L'assurée ne suivait plus de cours depuis mi-novembre ; la fatigue avait été un des éléments déclencheurs de son renoncement. Elle était encore légèrement ralentie lors de certaines tâches et rencontrait des difficultés dans l'organisation d'activités, mais les troubles dont elle souffrait étaient subtils et pas systématiques. Un bilan neuropsychologique complet était

préconisé pour contrôler objectivement l'évolution. En effet, il était difficile de savoir avec certitude si toute reprise des cours était impossible (séquelles trop importantes) ou si une reprise en douceur permettrait à l'assurée de reprendre ses marques et de s'organiser plus efficacement. A priori, la reprise des études était possible à condition de se faire en douceur (50%). Néanmoins, la branche d'origine (informatique) semblait difficile en termes de contenu. Une orientation vers des études demandant, à moyen et long terme, moins de rendement et de perfectionnisme constant pourraient convenir aux déficits cognitifs de l'assurée. La réorientation devrait pouvoir permettre une certaine souplesse d'horaires et éviter les facteurs de stress (absence de délais trop figés) et la multiplication d'informations à mémoriser. Ces recommandations devraient également être suivies s'agissant d'une formation plus professionnelle.

22. L'assureur-accidents a alors adressé l'assurée au Centre d'expertise médical (ci-après CEMed), qui a rendu son rapport le 11 juin 2008.

Les diagnostics suivants ont été retenus :

- 1) status après accident de la voie publique ayant entraîné un TCC grave, avec hématome épidural pariéto-temporal gauche traité par craniotomie, fracture du rocher gauche avec hypoacousie, acouphènes et vertiges rotatoires, fracture du mur antérieur de L2 sans complication neurologique, fracture de la branche ilio-ischio-pubienne gauche traitée conservativement, fracture de l'aile iliaque gauche traitée conservativement et entorse cubito-carpienne du poignet gauche,
- 2) syndrome post-commotionnel/post-contusionnel persistant avec troubles neuropsychologiques résiduels modérés à moyennement importants,
- 3) état de stress post-traumatique,
- 4) épisode dépressif moyen.

Selon les experts, l'assurée n'était pas en mesure de reprendre son activité habituelle vu ses troubles neuropsychologiques. Il n'était pas possible de déterminer si et quand la reprise de cette activité serait possible. L'assurée n'était pas non plus capable de reprendre ses études en informatique, pour les mêmes raisons, sans qu'il soit possible de déterminer si cela serait possible ultérieurement.

Les anomalies neuropsychologiques observées portaient sur la mémoire, l'attention, et les fonctions exécutives essentiellement, troubles fréquemment rencontrés lors de syndromes post-commotionnels. Ce type d'anomalie était susceptible de connaître une évolution favorable, voire une disparition complète dans les deux à trois ans suivant un traumatisme tel que celui subi par l'assurée. Il était donc raisonnable de penser que l'amélioration ultérieure, spontanée ou par traitement, des troubles autoriserait une reprise des études. Cela ne pouvait toutefois être ni affirmé, ni daté. Un nouveau bilan pluridisciplinaire devrait être pratiqué quatre à cinq ans après l'accident afin de déterminer les conséquences éventuelles à moyen et long terme

tant sur le plan somatique (neurologique, oto-rhino-laryngologique et neuropsychologique) que psychologique.

23. Le dossier de l'assurée a été soumis au docteur K\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR), qui a émis l'avis qu'au vu des séquelles neuropsychologiques consécutives au TCC et des limitations fonctionnelles en découlant (diminution des facultés de concentration, fatigabilité importante et atteinte des facultés cognitives [écriture et calcul]), des mesures professionnelles étaient indiquées et devraient être mises en place dès que possible. La situation n'était toutefois pas stabilisée et des progrès étaient encore possibles pendant plusieurs années. La situation devrait donc être réévaluée régulièrement. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, étant précisé que ce taux pourrait être augmenté progressivement.
24. Il ressort d'une note téléphonique de l'OAI que l'assurée a été confiée à la Fondation IPT (dossier ouvert le 26 mars 2008 sur mandat de l'assureur-accidents) ; au terme de cette mesure d'orientation, une formation d'assistante en ressources humaines (assistante RH) a été « ciblée » et devait être validée en entreprise, par un stage devant se dérouler du 4 au 29 août 2008.
25. Un rapport de réadaptation de l'OAI du 1<sup>er</sup> septembre 2008 indique que l'assurée a suivi un atelier de raisonnement logique, un atelier de gestion du changement ainsi qu'un atelier visant à définir une nouvelle activité professionnelle. La Fondation IPT a confirmé que l'activité d'assistante RH était adaptée aux ressources de l'assurée ainsi qu'aux restrictions liées à sa santé. Lors d'une rencontre dans les locaux de la Fondation, l'assurée avait présenté son projet de formation (réalisation des cours préparant à l'examen national du certificat d'assistante RH en parallèle à une expérience en entreprise).
26. Le 4 septembre 2008, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais liés au cours de préparation à l'examen national envisagé, du 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 31 mars 2009, en tant que formation professionnelle initiale (FPI).
27. Le 26 septembre 2008, l'OAI a également accepté de prendre en charge des cours d'informatique et de dactylographie (mise à niveau bureautique).
28. Le 26 février 2009, le service de réadaptation de l'OAI a en outre proposé à l'assurée la prise en charge d'une formation pratique à 50% (5 demi-journées par semaine), afin d'augmenter sa capacité de travail et son aptitude au placement en tant qu'assistante RH ; ce stage devait permettre à l'intéressée d'exercer cette fonction au sein d'une entreprise formatrice avec des exigences de productivité. L'assurée s'était montrée impatiente à l'idée d'exercer une activité professionnelle et très affectée de ne pouvoir réaliser le stage à plein temps.
29. Le 26 mars 2009, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait réussi l'examen d'assistante RH et se réjouissait d'entamer le stage.

30. Le 3 avril 2009, l'OAI a formellement accepté la prise en charge du stage de formation pratique envisagé du 6 avril au 6 septembre 2009.
31. Le 9 juin 2009, l'organisme chargé dudit stage a transmis à l'OAI un rapport qualifiant l'assurée de fiable et efficace, faisant preuve d'une très bonne compréhension de la mission et des activités d'un département RH, avec de bonnes compétences techniques, personnelles et sociales et de bonnes performances au travail. Il était souligné qu'il était important qu'elle puisse inscrire dans le temps la qualité de ses prestations ; elle disposait d'un bon potentiel de développement dans une fonction RH, mais devait se donner le temps pour atteindre les objectifs ambitieux qu'elle s'était fixés. L'assurée était prête au placement comme assistante qualifiée dans son métier.
32. Un entretien a réuni le 30 juin 2009 le service de réadaptation de l'OAI, l'assurée, assistée de son conseil, et l'assureur-accidents. A cette occasion, l'assurée a déclaré devoir se mettre en arrêt de travail en raison de sa santé et d'une modification de traitement. La possibilité d'un brevet fédéral de spécialiste RH a été évoquée. Toutefois, l'assurée n'avait pas les prérequis et l'expérience indispensable à l'obtention du brevet. Il lui faudrait donc poursuivre, dans un premier temps, la formation pratique auprès d'une entreprise, à 50%. Lorsque l'expérience professionnelle de l'assurée serait suffisante, l'OAI envisagerait l'inscription aux cours de préparation pour le brevet fédéral.
33. Dans un rapport du 10 juillet 2009, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu l'assurée fin janvier 2008. Cliniquement, la dépression avait manifestement régressé, même si les deux tests effectués donnaient des scores assez semblables à ceux réalisés en juin 2007. Les troubles du sommeil avaient nettement diminué d'intensité. L'assurée ne faisait presque plus de cauchemars. Fin 2008, elle avait souffert d'un nouvel état dépressif suffisamment sévère pour que le suivi ambulatoire ne soit plus suffisant et qu'un séjour dans un centre de thérapie brève soit nécessaire. L'assurée avait demandé sa sortie après un bref séjour. Elle l'avait consultée à nouveau en mars 2009, avec une nette amélioration de l'état dépressif, mais une grande anxiété concernant la suite de son séjour en Suisse. Sa situation était en effet loin d'être claire : elle suivait un stage professionnel dans le cadre de l'AI tout en ne sachant pas si elle aurait le droit de travailler. De plus, l'administration fédérale avait ouvert une enquête concernant la poursuite de son séjour, du fait qu'elle n'avait plus de permis étudiant. Depuis quelques semaines, une nouvelle exacerbation de l'état dépressif s'était manifestée, avec un épuisement physique extrême qui avait justifié un arrêt de travail depuis le 2 juillet 2009. Une anémie et un manque de fer avaient été mis en évidence, ainsi qu'une tension artérielle très basse.
34. L'assurée a été mise au bénéfice d'une formation pratique du 14 octobre 2009 au 31 octobre 2012, à 50%, taux devant augmenter en fonction de l'état de santé de l'assurée et suivant décision du SMR. L'assurée devait assister le responsable RH dans l'activité quotidienne du département. Elle suivrait également les cours de préparation au brevet fédéral.

35. Le 22 janvier 2010, l'assurée a indiqué au service de réadaptation de l'OAI devoir suivre des cours de droit du travail et des assurances sociales, que l'OAI a accepté de prendre en charge. L'assurée a indiqué que, de manière générale, sa formation se passait bien et qu'elle était très satisfaite. Elle avait eu quelques arrêts de travail en raison de migraines. Elle était toujours à 50%. Ses horaires avaient été adaptés : elle commençait à dix heures le matin et faisait une pause à midi. Cet horaire en deux périodes semblait bien convenir. Elle souhaitait augmenter son taux. Il lui a été suggéré d'en discuter avec son médecin.
36. Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2010, l'assurée a informé l'OAI qu'en arrêt de travail, elle ne pourrait se présenter aux examens professionnels du brevet fédéral de gestion en personnel en 2011. En effet, il fallait, pour que sa candidature soit acceptée, deux ans d'expérience professionnelle à 100%. Dès lors, elle suivrait les cours menant à ce brevet d'août 2011 à juin 2012 à Lausanne et se présenterait aux examens de septembre 2012. Elle demandait à l'OAI confirmation du maintien de la prise en charge des coûts de cette formation. Par ailleurs, elle souhaitait revoir son taux d'occupation à la hausse, de 50% à 60%.
37. L'OAI a accepté la demande de l'assurée concernant les cours et souligné, s'agissant de son taux d'activité, qu'il pouvait être augmenté pour autant que son médecin soit d'accord et que cette augmentation ne pèjore pas son état de santé.
38. Le 2 septembre 2010, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était enceinte de quatre mois. Elle avait été en arrêt de travail du 5 au 31 juillet 2010. Elle avait repris son activité le 2 août 2010. Le 1<sup>er</sup> septembre 2010, elle avait augmenté son taux d'activité à 65%.
39. Le 5 octobre 2010, un entretien a réuni le service de réadaptation de l'OAI, l'assurée et deux représentants du service RH de l'entreprise formatrice. L'assurée a expliqué que « son état de santé s'était fragilisé : elle avait dû stopper la prise de ses médicaments ». Elle avait augmenté son taux d'activité, mais ne pouvait que constater que son état de santé ne lui permettait pas de poursuivre à 65%. Elle reprendrait donc sa formation pratique à 50%. Jusqu'alors, l'assurée avait uniquement appréhendé le domaine administratif (salaire, assurances). Elle montrait un intérêt certain et une très bonne compréhension. Néanmoins, sa concentration fluctuait en fonction de son état de fatigue et de ses maux de tête. Elle réalisait donc ponctuellement des erreurs qui nécessitaient le contrôle systématique de sa production, et n'était pas autonome. Il a été convenu que l'assurée réalise sa formation dans le domaine administratif jusqu'à la fin de l'année et qu'un bilan serait effectué à la mi-décembre. L'assurée appréhenderait la gestion RH à son retour de congé maternité.
40. Un point a été fait le 9 décembre 2010 : l'assurée était en arrêt de travail en raison de sa grossesse. La représentante de l'entreprise formatrice n'avait relevé aucun problème majeur sans pour autant pouvoir chiffrer la rentabilité de l'assurée en termes quantitatifs/qualitatifs.

41. L'assurée a accouché le 17 février 2011.
42. Elle a repris son stage pratique en entreprise le 16 juin 2011. Elle disait se sentir mieux, moins angoissée, mais ses maux de tête, ses acouphènes et ses pertes de mémoire subsistaient.
43. Un bilan intermédiaire a été établi par l'entreprise formatrice le 21 octobre 2011, dont il ressort que l'assurée avait réalisé les activités suivantes :
  - gestion des entrées et sorties du personnel (calcul du salaire, établissement des décomptes d'entrée et de sortie à la fin des rapports de travail, établissement des permis de séjour, des attestations employeur pour le chômage et des dossiers d'annonce à l'impôt à la source) ;
  - création, suivi et archivage des dossiers du personnel ;
  - saisie des absences (maladie, accident, vacances et autres) ;
  - allocations familiales ;
  - LPP ;
  - AVS ;
  - gestion des employés temporaires ;
  - salaires ;
  - courrier RH (traitement et suivi, traitement des dossiers d'offres spontanées, classement, correspondance).

Plusieurs erreurs étaient survenues dans le cadre d'activités administratives quotidiennes habituelles et que l'assurée assimilait normalement très bien (oublier de corriger certains chiffres en lien avec les commissions pour absences diverses, ne pas modifier les données ou les montants après avoir effectué un copié-collé, etc.). Ces erreurs intervenaient plutôt en fin d'activité. L'assurée restait très intéressée et motivée.

44. Dans un rapport de réadaptation professionnelle rédigé en décembre 2011, l'OAI a relevé qu'en octobre 2011 déjà, la société formatrice n'arrivait plus à prendre en charge la formation de l'assurée dans de bonnes conditions : l'entreprise espérait pouvoir mettre en place des procédures pour poursuivre la formation en entreprise. Or, fin décembre 2011, l'OAI ne pouvait que constater que l'entreprise était dans l'impossibilité de fournir des activités RH à l'assurée. Il ne pouvait donc pas considérer que la FPI avait abouti : des connaissances faisaient encore défaut à l'assurée, que l'entreprise n'avait plus les moyens de lui fournir.

Par ailleurs, il avait également été prévu que l'assurée suive les cours de préparation au brevet fédéral, ce qui n'était plus envisageable : depuis son retour de congé maternité, l'assurée réalisait des activités de classement et des activités administratives liées aux assurances. L'entreprise avait relevé des erreurs ainsi qu'un manque d'esprit d'initiative. Il y avait donc lieu, compte tenu de l'atteinte à la santé, de s'interroger sur les capacités d'apprentissage et d'investissement de l'assurée.

Dans cette situation, l'OAI décidait de mettre un terme au stage pratique et de demander aux médecins traitants de l'assurée d'évaluer sa capacité de travail. Au regard de la situation et afin de parvenir à une FPI qui prenne en considération les acquis, il proposait de prendre en charge des cours inhérents à une formation

commerciale. Au vu des aptitudes et du parcours de l'assurée, au regard de la capacité de travail estimée à 50%, la directrice de l'Académie de langues et de commerce proposait que l'assurée suive des cours conduisant au diplôme de formation continue en secrétariat, qui faisait partie intégrante du diplôme d'assistante de gestion.

L'OAI a donc pris en charge une prolongation de la FPI par le biais de cours en secrétariat dispensés par cette école.

45. Dans un rapport du 3 février 2012, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué un déficit d'ordre neuropsychologique post-traumatique et un hématome sous-dural. Selon lui, on pouvait s'attendre à une reprise à 50% ; quant à la date de cette reprise, le médecin renvoyait à la Clinique Beau-Séjour.
46. Un entretien a réuni, le 19 mars 2012, l'assurée, son conseil et une collaboratrice du service de réadaptation professionnelle de l'OAI.

L'OAI a expliqué qu'il n'y avait pas qu'un seul cursus pour la fonction d'assistante RH et qu'en prenant en considération les acquis de l'assurée, le diplôme de formation continue en secrétariat serait un atout pour exercer dans ce domaine et se positionner sur le marché de l'emploi, dans la mesure où il attestait de compétences dans le domaine de la bureautique, de la correspondance et de la comptabilité très souvent requises pour la fonction d'assistante RH.

Quant à la prise en charge à l'issue des cours à l'Académie de Langues et de Commerce (après juin 2012), l'OAI a indiqué qu'en fonction des résultats obtenus et à condition que la perte de gain puisse être réduite, il examinerait la possibilité de prendre en charge un complément de formation.

Il a également présenté à l'assurée les mesures de placement envisageables à l'issue de la FPI et sous condition de l'obtention d'un stage en entreprise, tout en encourageant l'assurée dans ses démarches de recherche de stage.

47. Dans un rapport du 20 avril 2012, Madame H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évaluation neuropsychologique mettait en évidence au premier plan des troubles aux niveaux exécutif (défaut de planification, intrusions et précipitation), attentionnel (attention divisée), mnésique (perte de l'information sur le long terme), du langage (dénomination, erreurs syntaxiques, indécisions et erreurs orthographiques) et du calcul, associés à une fatigabilité durant les entretiens. Ce tableau était d'intensité légère à modérée et était compatible avec les séquelles liées à l'accident.

Comparativement au bilan effectué par le CEMed en mai 2008, elle constatait une amélioration globale du tableau, notamment au niveau de la mémoire de travail et de la flexibilité mentale. Il persistait, en revanche, bien que de façon moins marquée, des troubles du langage et des fonctions exécutives (planification), une perte de l'information à long terme et une fatigabilité. Le délai depuis l'accident étant important, il était juste de penser que l'assurée se trouvait dans une stabilisation et une chronicisation des séquelles. De ce fait, et compte tenu des

troubles décrits précédemment, il persistait des limitations sur le plan cognitif. L'assurée présentait une augmentation de la symptomatologie en cas de fatigue, avec, comme conséquence, notamment des oublis et des erreurs, dont elle avait difficilement le contrôle.

Il paraissait donc indispensable que l'assurée travaille à temps partiel, avec si possible un faible rendement de temps (absence de stress). De plus, des tâches routinières étaient nécessaires, de façon à ce qu'elle puisse parfaitement intégrer le déroulement et la planification des tâches et maîtriser correctement son contenu verbal.

48. Le 21 mai 2012, la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé qu'après quatre ans de mesures d'ordre professionnel à 50%, le taux d'activité n'avait pas pu être augmenté. La capacité de travail de 50% restait adéquate. Il s'agirait de déterminer si elle pouvait être augmentée après une période d'acclimatation.

Le 16 juillet 2012, l'assurée a informé l'OAI du résultat de ses examens (moyenne de 4,9). L'OAI lui a expliqué qu'il considérait que la formation octroyée respectait sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il clôturait le mandat de réadaptation, dans la mesure où il n'y avait pas moyen de réduire la perte de gain par un complément de formation. L'assurée avait en effet obtenu le diplôme de formation continue en secrétariat, le certificat d'assistante RH, ainsi qu'une expérience pratique en entreprise. Elle avait donc acquis les compétences pour exercer la fonction d'assistante RH, adaptée à son état de santé. L'OAI considérait donc qu'elle était désormais réadaptée. L'obtention du brevet fédéral n'était pas un but visé par la FPI, la fonction d'assistante RH n'étant pas subordonnée à son obtention.

En exerçant cette activité à 50%, le degré d'invalidité de l'assurée s'élevait à 54,8%.

49. Le même jour, sous la plume de son conseil, l'assurée a fait part de sa consternation quant à la position de l'OAI. Elle se trouvait dans une situation financière plus que délicate.
50. Le 3 août 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision.

Il a rappelé que le SMR avait conclu à une capacité de travail définitivement nulle depuis le 10 septembre 2006 dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI, considérant que l'assurée avait terminé avec succès la 1<sup>ère</sup> année de la Haute école de gestion de Genève en informatique de gestion - voie professionnelle donnant accès à l'analyse (modélisation), à la programmation (développement de systèmes d'information), ainsi qu'à l'exploitation informatique (exploitation) -, s'est référé aux salaires statistiques (ESS 2008, TA7, colonne « femmes », chiffre 29 - correspondant au travail

d'analyse, de programmation et d'« operating »operating dans le secteur privé et public -, niveau 3 - connaissances professionnelles spécialisées. Il est ainsi parvenu à un revenu annuel de CHF 80'234.- (CHF 6'429.- x 12 mois /40 heures x 41.6 heures).

Pour le revenu avec invalidité avant reclassement, se référant au tableau TA1 (ligne « total », colonne « femmes », niveau 4), il a appliqué une réduction de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, ce qui l'a conduit à un montant qui, comparé au revenu avant invalidité, conduisait à un degré d'invalidité avant reclassement de 68% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008.

Pour le revenu avec invalidité après reclassement, il convenait de se référer au tableau TA7 (2010 ; colonne « femme », ch. 23 - regroupant les activités commerciales et administratives dans le secteur privé et public (services) -, niveau 3 - connaissances professionnelles spécialisées), ce qui conduisait à un revenu annuel de CHF 72'163.- pour 2010, qu'il ne se justifiait pas de réduire puisqu'au vu du certificat et des diplômes obtenus, l'assurée ne présentait pas de baisse de rendement qui puisse entraver la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché de l'emploi. De plus, elle n'était âgée que de trente ans et n'avait bénéficié que d'une brève expérience professionnelle avant son accident. A 50%, elle était en mesure de réaliser un salaire annuel avec invalidité de CHF 36'082.-, de sorte que le degré d'invalidité après reclassement s'élevait à 57% dès le 1<sup>er</sup> juin 2012.

51. Dans un email du 15 août 2012, la directrice de l'Académie de langues et de commerce a transmis à l'OAI une copie du diplôme et des notes de l'assurée, dont elle a souligné qu'elle avait suivi la formation avec beaucoup d'intérêt et à son entière satisfaction (le diplôme avait été obtenu avec la mention bien).
52. Le 7 septembre 2012, l'assurée a contesté disposer d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et a demandé à l'OAI de lui accorder une aide au placement.
53. Dans un courrier du 20 septembre 2012, l'assureur-accidents s'est étonné que l'OAI se soit référé à la table TA7 plutôt qu'à la TA1 pour déterminer le revenu sans invalidité de l'assurée ainsi que le revenu avec invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2012. Il a par ailleurs annoncé qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (neuropsychologie, psychiatrie, neurologie et ORL) serait mise sur pied afin d'évaluer précisément les séquelles de l'assurée.
54. Le 25 septembre 2012, l'assurée a une nouvelle fois contesté être à même d'exercer une activité d'assistante RH à 50%, ainsi que les taux d'invalidité retenus par l'OAI (68% entre le 1<sup>er</sup> septembre 2008 et le 31 mai 2012 et 57% dès le 1<sup>er</sup> juin 2012).

Elle a fait valoir que le stage d'assistante RH était sa seule expérience professionnelle depuis son accident. Or, il avait révélé qu'elle était incapable d'effectuer des calculs ainsi que des tâches nécessitant la concentration nécessaire à cette activité, après quelques heures de travail déjà et ce, alors même que tous

avaient souligné sa motivation et sa bonne volonté, ainsi que les efforts qu'elle avait déployés.

Elle ne contestait pas en revanche être capable d'exercer à 50% des activités simples et répétitives, ne demandant pas une grande concentration, dans un environnement sans stress et sans bruit (vu ses céphalées persistantes). Or, le travail d'assistante RH, de même que la plupart des activités de secrétariat, ne remplissaient pas ces critères. Cela pouvait être le cas tout au plus d'une activité d'archiviste ou de commise dans un secrétariat ; le salaire considéré n'était toutefois pas le même.

Elle acceptait qu'il soit mis fin aux mesures de formation professionnelle puisque, selon toute probabilité, sa capacité de gain ne pourrait plus être augmentée ou améliorée par des mesures de réadaptation supplémentaires.

Quant à l'évaluation de son degré d'invalidité, l'assurée préconisait d'attendre la nouvelle expertise du CEMed.

Dans cette attente, l'assurée a demandé la reprise du versement des indemnités journalières, une aide à la recherche d'emplois dans le domaine RH afin de trouver un emploi ou un stage d'une durée quotidienne adaptée (entre 25% et 40% au maximum), subsidiairement, un stage d'observation professionnel.

Étaient joints au courrier de l'assurée les documents suivants :

- un rapport du 5 septembre 2012 de Mme H\_\_\_\_\_ indiquant qu'en tenant compte des résultats obtenus en mars 2012 et des observations concrètes en milieu professionnel, il s'avérait que l'assurée, malgré une grande motivation dans son travail, rencontrait des difficultés à se concentrer, ce qui engendrait un nombre d'erreurs rendant la qualité de son travail peu fiable ; elle émettait l'avis que, puisque l'assurée était très motivée à poursuivre dans cette voie et y montrait un grand nombre de compétences, il paraissait légitime de revoir la rentabilité de ses performances en termes de taux d'occupation ; en effet, il apparaissait que le pourcentage actuel n'était pas rentable ; peut-être qu'en le diminuant, les problèmes de concentration de l'assurée engendrés par la fatigue diminueraient ;

- un rapport d'expertise rédigé le 12 septembre 2012 par le Dr L\_\_\_\_\_, rédigé en ces termes :

« Nous sommes en présence d'une encéphalopathie post-traumatique avec des limitations neuropsychologiques objectivées par Mme H\_\_\_\_\_, également objectivées sur le terrain par l'intermédiaire du bilan de travail (...) du 21 octobre 2011 et faisant mention des limitations dans les capacités d'attention et ce malgré [le fait] que l'activité s'effectuait à 50% dans les ressources humaines. Cette activité et ces limitations sont détaillées dans les rapports respectifs. Ces constatations, qu'elles soient d'ordre

neuropsychologique, neurologique ou psychiatriques, sont présentes depuis l'accident daté du 10 septembre 2006, elles sont actuellement persistantes et doivent être considérées comme des séquelles définitives de cet accident ».

Selon ce médecin, les troubles dont souffrait l'assurée étaient désormais persistants et probablement définitifs. Il y avait peu d'espoir que les capacités cognitives et l'endurance aux efforts intellectuels de l'assurée puissent s'améliorer à l'avenir, même si elles étaient meilleures lorsque l'assurée n'était pas confrontée au stress ou à une surcharge de travail et lorsque l'activité professionnelle était réduite en termes de durée et concentrée le matin.

Les limitations physiques étaient moindres dans une activité de type manutentionnaire et répétitive, mais se manifestaient tout de même sous forme de céphalées, fatigabilité, augmentation des acouphènes. Sur les plans psychique et mental, tant l'examen neuropsychologique que l'évaluation de Sicli conduisaient à constater une limitation de l'attention et des facultés de concentration, particulièrement manifestes dans une activité sollicitant les capacités intellectuelles de l'assurée. Sur le plan social, les mêmes limitations existaient, l'assuré se plaignant elle-même des difficultés qu'elle présentait à s'organiser dans ses tâches quotidiennes.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans une activité d'assistante RH, le Dr L\_\_\_\_\_ indiquait :

« On a pu constater par la pratique que son activité à 50% durant ces stages RH s'avérait limitée. En effet, dans une telle activité, les capacités de la patiente ne lui permettent pas de travailler de manière concentrée et adéquate durant 4h par jour. On peut estimer sa capacité résiduelle dans une activité de type RH à 25%. Cette activité devra être concentrée le matin et représente 2h d'activité par jour. »

A la question de savoir si une activité dans un département RH lui paraissait appropriée, le médecin a répondu :

« Dans la mesure où la patiente est motivée, ce qui semble être le cas, et dans la mesure où l'employeur est à même de comprendre la situation de la patiente et ainsi éviter de mettre la pression, on pourrait considérer qu'elle est appropriée. [...] Je précise encore une fois que la durée de travail ne devrait pas dépasser 2h par jour et si possible concentrées le matin. »

A la question de savoir quel autre type d'activité professionnelle lui paraîtrait approprié, il a déclaré :

« Une activité répétitive n'impliquant pas de facultés de concentration importantes. Ceci tout en sachant cependant que la patiente ne s'est pas préparée à une activité de ce type. [...] Le maximum est de 50%, soit 4h par jour, sans impératif de rentabilité et sans stress ».

Enfin, le médecin a précisé que l'environnement de travail de l'assurée devrait être plutôt calme, sans bruit, étant rappelé que l'assurée souffrait d'acouphènes et de troubles de l'audition modérés, ce qui limitait ses capacités d'audition dans une ambiance trop bruyante. Il fallait également éviter les situations de tâches multiples simultanées car les capacités neuropsychologiques de l'assurée dans ce contexte étaient limitées.

En conclusion, la capacité de travail de l'assurée était selon lui de 25% dans une activité intellectuelle et de 50% maximum dans une activité plutôt manutentionnaire.

55. Les experts du CEMed ont rendu leur rapport d'expertise le 26 avril 2013.

Ils ont retenu des céphalées post-traumatiques à caractère migraineux et tensionnel, une discrète hypoacousie gauche, de composante mixte, des acouphènes, une discrète perturbation de la fonction vestibulaire périphérique, des dorsolombalgies résiduelles, des troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives, du langage et du calcul, une dysthymie (F 34.1) et un syndrome post-commotionnel (F 07.2).

Les médecins du CEMed ont estimé que, dans des activités techniques et précises, la concentration n'était pas suffisante (l'assurée avait commis 9 erreurs sur une tâche simple d'une durée de quinze minutes à l'examen neuropsychologique). Toute tâche exigeant une précision dans la prise de note (saisie d'un salaire, inscription de nouvelle personne, etc.) était susceptible d'engendrer des erreurs (par troubles de l'attention soutenue et de la mémoire de travail. La résistance de l'assurée au stress professionnel était diminuée, elle pouvait être considérée de moyenne à faible selon le stress et le contexte. Il y avait par ailleurs une perte de rendement suite aux céphalées et aux troubles psychiques résiduels.

La capacité de travail de l'assurée dans l'activité d'assistante RH était donc nulle, vu l'importance des troubles neuropsychologiques. En effet, il s'agissait d'une activité exigeant une précision incompatible avec des troubles neuropsychologiques.

Une activité relationnelle (par ex. dans une crèche) pourrait être plus adaptée. Un essai pourrait être tenté à 20%, avec augmentation progressive jusqu'à 50%. A ce taux, il n'y avait probablement pas de perte de rendement. L'activité devrait toutefois être répartie sur les jours de la semaine.

Une activité manuelle simple, répétitive, pourrait être possible à 100% avec une diminution de rendement de 20%, à la condition que l'assurée soit motivée par cette activité.

56. Le 28 mai 2013, la Dresse M\_\_\_\_\_, du SMR, s'est exprimée de la manière suivante :

« A propos de l'activité envisagée, de type éducatrice de la petite enfance, et compte tenu des LF énumérées plus haut, il nous semble assez clair qu'une telle activité exigeant une grande fiabilité, des capacités d'attention soutenues, une gestion de l'urgence et une grande tolérance au bruit, n'est pas adaptée, et que d'un point de vue médical, il n'est pas raisonnable de l'envisager, même si l'assurée semble motivée. Par ailleurs, les LF rachidiennes sont également peu adaptées à cette profession. A propos de la CT résiduelle de 80% dans une activité simple et répétitive (que nous entendons de type administrative) et tenant compte des LF neuropsychologiques, il convient de faire remarquer qu'il s'agit là d'une appréciation purement médico-théorique. Or, dans le cadre de séquelles de TCC, il est d'usage de confronter l'appréciation théorique à la réalité pratique, par une mise en situation. Nous estimons que l'observation au cours des mesures professionnelles effectuées en 2012 a démontré que la CT ne pouvait guère dépasser un 50%, malgré plusieurs tentatives dans ce sens.

Etant donné que la situation semblait stable, en tout cas depuis avril 2012, il n'y a pas de raison de penser que ce taux s'est notablement modifié. Par contre l'expertise démontre que la profession – et donc la formation souhaitée par l'assurée – dans le domaine des gestions RH, n'est pas adaptée. Relevons par ailleurs que les mesures professionnelles de 2012 ont permis de valider les acquis de l'assurée dans le domaine administratif de type bilingue, bureautique, comptabilité, secrétariat.

Au vu de ce qui précède, l'expertise CEMed ne permet pas de modifier les conclusions de l'avis SMR du 22.05.2012 qui restent valables, avec une CT résiduelle de 50% dans une activité adaptée aux LF. Selon toute vraisemblance, le taux d'activité ne pourra pas être amélioré dans une profession plus exigeante, bien au contraire. Nous proposons de revoir la situation dans 2 ans afin de déterminer si la CT pourra être éventuellement augmentée. »

57. L'OAI a alors procédé à un nouveau calcul de degré d'invalidité avant reclassement, aboutissant à un résultat de 67,99%.

S'agissant du revenu avec invalidité, il a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement, l'assurée ayant toujours eu les capacités d'être formée ; il n'y avait donc pas lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles. Par ailleurs, les autres critères habituellement admis ne permettaient pas de réduction plus importante.

58. Le 5 septembre 2013, a été versé au dossier un rapport complémentaire du CEMed du 27 août 2013.

Les experts précisait que, sur le plan orthopédique, il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail dans la profession envisagée au moment de l'accident.

Sur le plan neurologique, il n'y avait pas de type d'activités spécifiques que l'assurée ne pouvait plus assumer. En cas de céphalées particulièrement importantes, on pouvait s'attendre à un absentéisme, quelle que soit l'activité.

Sur le plan otoneurologique, une activité où l'équilibre serait au premier plan (activité en hauteur, sur un plan instable, au contact de machines pouvant comporter un risque de happement, activité demandant des mouvements comme se lever/se baisser, tourner la tête alternativement d'un côté ou de l'autre, ou conduire un véhicule professionnel) était contre-indiquée. Une activité où l'écoute serait au premier plan (surdité à gauche) ou dans un milieu semi-bruyant à bruyant (acouphène) était aussi contre-indiquée.

Sur le plan psychique, il n'y avait pas de limitation.

Sur le plan neuropsychologique, les limitations concernaient toute activité comportant une prise de note précise (ex. saisie d'un salaire, inscription de nouvelles personnes dans le registre, etc.) dans laquelle l'assurée était susceptible de commettre des erreurs de lettres et de chiffres (troubles de l'attention soutenue et de la mémoire de travail). L'assurée présentait des limitations dans sa capacité à maintenir son attention de façon soutenue et à garder en mémoire immédiate des informations pour les traiter (mémoire de travail). Quant au stress, il était lié aux conditions de travail en terme de rythme et de charge de travail, donc plus le rythme était soutenu, plus la charge de travail était importante, plus il augmenterait. L'assurée était particulièrement sensible à ces facteurs, étant donné ses troubles neuropsychologiques.

Dans une activité relationnelle, la composante administrative du travail (où l'assurée était susceptible de commettre des erreurs) était limitée.

Quant à la capacité de travail, il n'était pas possible de définir avec précision un taux définitif. Ce taux était lié aux troubles neuropsychologiques séquellaires qui allaient se répercuter sur la performance.

Les experts du CEMed doutaient également de la capacité de travail de l'assurée dans une activité de secrétaire, dans la mesure où il s'agissait d'un travail en bureau, comprenant une prise de notes importante, susceptible de présenter des erreurs ; l'assurée ne commettrait pas forcément énormément d'erreurs, mais il suffisait qu'elle se trompe dans la notation d'une heure de rendez-vous, d'un nom, etc., pour que les conséquences soient importantes. La neuropsychologue traitante avait confirmé que cette activité était difficile et il n'était de plus pas possible d'extrapoler sans autre d'une situation de cours à une activité dans l'économie normale, avec une hiérarchie et une demande de rendement.

S'agissant d'exemples d'« activité manuelle, simple et répétitive » à laquelle ils avaient fait référence dans leur premier rapport, la détermination précise des activités possibles (poste de travail) était hors du champ de l'expertise médicale. Ils notaient cependant qu'ils avaient donné l'exemple du travail dans une crèche.

59. Le 19 septembre 2013, la Dresse M\_\_\_\_\_ a estimé que ces éléments n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions du 28 mai 2013.
60. Par décision du 17 octobre 2013, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière de septembre 2007 à août 2008, à un trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 mai 2012 et à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2012.

En sus des arguments figurant déjà dans son projet de décision du 3 août 2012, l'OAI a expliqué que son SMR s'était écarté de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 26 avril 2013. Il avait considéré que la capacité de travail résiduelle de l'assurée ne pouvait dépasser 50% dans une « activité simple et répétitive », soit une activité de type administratif et ne ressortant pas uniquement du domaine de la gestion RH, compte tenu des limitations fonctionnelles. Cette capacité avait été démontrée objectivement dans la pratique, par le biais d'une mise en situation. L'OAI avait pu observer au cours des mesures d'ordre professionnel que l'assurée ne pouvait dépasser un taux de 50%, et ce, malgré plusieurs tentatives dans ce sens.

L'activité de gestion RH était adaptée, les mesures professionnelles ayant permis de valider les acquis de l'assurée dans ce domaine, mais également dans le domaine administratif en général, notamment en qualité de secrétaire bilingue, bureautique et comptabilité. Par conséquent, la capacité résiduelle de travail maximum retenue par le SMR dans l'exercice d'une activité adaptée ne se focalisait pas uniquement dans le domaine de la gestion RH, mais pouvait également tenir compte du domaine administratif de type secrétariat.

S'agissant de l'activité envisagée par le CEMed (éducatrice de la petite-enfance), le SMR avait estimé qu'elle n'était pas adaptée et qu'il n'était pas raisonnable de l'envisager compte tenu du fait qu'elle exigeait une grande fiabilité, des capacités d'attention soutenues, une capacité à gérer l'urgence et une importante tolérance au bruit, ce qui allait à l'encontre des limitations fonctionnelles neuropsychologiques de l'assurée.

Pour le calcul du degré d'invalidité, l'OAI a repris les calculs développés dans son projet de décision, à l'exception de ceux relatifs au revenu avec invalidité, avant et après réadaptation, se refusant de procéder à un abattement supplémentaire au motif que l'assurée avait toujours eu les capacités d'être formée et qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de ses limitations fonctionnelles.

Enfin, il a considéré que puisque l'assurée avait obtenu le certificat d'assistante RH ainsi que le diplôme de formation continue en secrétariat et une expérience en entreprise, elle disposait désormais des compétences nécessaires pour exercer la profession d'assistante RH et était réadaptée.

61. Cette décision a été notifiée au conseil de l'assurée, qui a informé l'OAI qu'il n'était plus en charge de la défense de ses intérêts.
62. Par lettre recommandée du 6 décembre 2013, l'OAI a donc notifié la décision au nouveau conseil de l'assurée. Celui-ci en a accusé réception par courrier du 13 décembre 2013, tout en informant l'OAI, qu'il cessait d'occuper.
63. Sous la plume de son nouveau conseil, l'assurée a interjeté recours le 23 janvier 2014 en concluant à l'annulation de la décision.

Elle soutient que c'est à tort que l'OAI a retenu qu'une activité d'assistante RH constituait une activité adaptée à son état de santé. Elle invoque en particulier le rapport d'expertise du CEMed du 26 avril 2013 et son complément du 27 août 2013, mais aussi le rapport de Mme H\_\_\_\_\_ et celui du Dr L\_\_\_\_\_.

En outre, elle conteste le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, dans la mesure où il se base sur une activité de niveau trois – à l'instar de ce qui a été retenu pour les revenus avec invalidité. A cet égard, elle rappelle qu'elle suivait des études à la Haute école de gestion de Genève et en tire la conclusion que c'est le niveau deux qui aurait dû être pris en compte.

Enfin, elle conteste la suppression de l'abattement de 10%.

64. Dans sa réponse du 3 mars 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours.
65. La recourante a répliqué le 11 mars 2014 en reprochant à l'intimé de n'avoir pas répondu à ses griefs.
66. L'intimé n'a pas dupliqué.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision litigieuse date du 17 octobre 2013. Le recours ayant été interjeté le 23 janvier 2014, il convient d'examiner dans un premier temps sa recevabilité.

L'article 46 al. 2 LPA précise que les décisions sont notifiées aux parties, le cas échéant à leur domicile élu auprès de leur mandataire, par écrit. En effet, une notification faite directement au destinataire de la décision est de nul effet si ce dernier avait informé l'autorité qu'il avait un représentant (ATF 110 V 391 ; ATAS/624/2008 du 27 mai 2008).

Selon les termes de l'article 47 LPA, une notification irrégulière ne peut entraîner aucun préjudice pour les parties, notamment lorsque le vice peut être réparé sans dommage pour elles (Droit administratif, volume II, Pierre MOOR, Staempfli Editions SA Berne, p. 304, 2002).

La jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a donc lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait subi un préjudice. Il s'impose de s'en tenir aux règles de la bonne foi, qui imposent

---

une limite à l'invocation d'un vice de forme (RAMA 1997 p. 445, ATFA du 23 avril 2003 en la cause U. 222/02 et ATFA du 15 avril 2002 en la cause C. 331/01).

En l'espèce, l'intimé était au courant depuis le 9 septembre 2011, respectivement le 6 juillet 2012, que le premier conseil de la recourante avait cessé d'occuper et que cette dernière avait élu domicile auprès d'un nouveau conseil. Même si la décision a également été envoyée en copie à la recourante à cette occasion, la notification était donc bien irrégulière en vertu des principes exposés ci-dessus.

L'intimé a notifié une nouvelle fois la décision au nouveau conseil de la recourante par courrier recommandé du 6 décembre 2013, reçu le 9 décembre du même mois par ce dernier. Certes, l'intimé n'a pas émis une nouvelle décision mais une copie de sa décision du 17 octobre 2013. Il n'en demeure pas moins que la recourante ne devait pas subir de préjudice de l'irrégularité commise par l'intimé et qu'elle devait être autorisée à interjeter recours dans le délai légal à compter de cette seconde notification, ce qu'elle a fait, sans que l'intimé ne soulève d'ailleurs une objection.

Il faut donc admettre que le recours a été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi et qu'il est donc recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement, sa quotité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle

seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels

---

en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. En conséquence, l'administration ou le juge est tenu d'examiner dans le détail chaque pièce médicale versée au dossier et d'indiquer, même succinctement, les raisons qui le conduisent à retenir tel avis médical plutôt que tel autre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_853/2011 du 27 juin 2012 et les références).

Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, l'intimé considère que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans l'activité d'assistante RH, ce que l'intéressée conteste en se prévalant des rapports d'expertises du CEMed des 26 avril et 27 août 2013 et des rapports de Mme H\_\_\_\_\_ et du Dr L\_\_\_\_\_ des 5 et 12 septembre 2012.

Il convient d'examiner tout d'abord la valeur probante de ces différents rapports.

Les rapports d'expertise du CEMed ont certes été établis conjointement par les experts, après discussion interdisciplinaire, sur la base du dossier complet de la recourante et d'examen cliniques de cette dernière. Ils comportent une analyse du dossier avec un résumé des pièces de ce dernier, une anamnèse, une description des

plaintes de l'intéressée, suivie d'une description du résultat des examens cliniques réalisés, des diagnostics et d'une description de la capacité de travail de la recourante.

Force est de constater que ces rapports contiennent cependant des contradictions non négligeables. Ainsi, après avoir expressément exclu toute activité où l'écoute serait au premier plan (surdité à gauche) ou s'effectuant dans un milieu semi-bruyant à bruyant (acouphènes), les experts ont ensuite suggéré que la recourante pourrait travailler de 20 à 50% dans une crèche, lieu bruyant s'il en est. Par ailleurs, interrogés sur le type d'« activité manuelle, simple et répétitive » qui pourrait être exercée à 100% avec une baisse de rendement de 20%, ils ont encore une fois suggéré l'activité en crèche, alors qu'ils avaient indiqué précédemment qu'une telle activité ne pourrait être exigée qu'à hauteur de 20 à 50%.

Le SMR a d'ailleurs également relevé que l'activité envisagée, de type éducatrice de la petite enfance, était clairement exclue, dans la mesure où elle exigeait une grande fiabilité, des capacités d'attention soutenues, une gestion de l'urgence et une grande tolérance au bruit ; qui plus est, les limitations fonctionnelles rachidiennes étaient également peu adaptées à cette profession (cf. avis du SMR du 28 mai 2013). Quant à la capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité simple et répétitive, le SMR a relevé qu'il s'agissait là d'une appréciation purement médico-théorique. Il a rappelé que, dans le cadre de séquelles de TCC, il est d'usage de confronter l'appréciation théorique à la réalité pratique, par une mise en situation. Or, l'observation au cours des mesures professionnelles effectuées en 2012 avait démontré que la capacité de travail ne pouvait guère dépasser 50%, malgré plusieurs tentatives dans ce sens.

Eu égard à ce qui précède, les rapports du CEMed ne remplissent pas les exigences formelles jurisprudentielles permettant de leur reconnaître pleine valeur probante.

Le rapport d'expertise privée du Dr L\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2012 contient quant à lui une anamnèse et un résumé des plaintes de la recourante, brefs mais précis, résumant bien la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'intéressée, ainsi qu'une description des constatations objectives durant l'examen pratiqué par le médecin et un renvoi au rapport de Mme H\_\_\_\_\_ du 5 septembre 2012 pour la partie neuropsychologique. Le Dr L\_\_\_\_\_ pose un diagnostic clair et procède à une appréciation motivée de ce dernier et de la capacité de travail de la recourante, s'appuyant sur ses constatations objectives, celles de la neuropsychologue-traitante et des collaborateurs RH de l'entreprise formatrice. Par ailleurs, les conclusions de ce rapport - selon lesquelles la recourante disposerait d'une capacité de travail de 25% dans l'activité d'assistante RH et de 50% dans une activité répétitive n'impliquant pas de facultés de concentration importantes - rejoignent non seulement celles de la neuropsychologue traitante mais également celles du SMR. En effet, les médecins du SMR, en particulier dans leur dernier avis du 28 mai 2013, déjà cité plus haut, ont considéré qu'au vu des mesures professionnelles effectuées en 2012, la capacité de travail ne pouvait guère dépasser 50% dans une

activité adaptée, étant précisé qu'ils ont considéré que tel n'était pas le cas de la profession d'assistante RH. Leurs conclusions – à savoir une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, c'est-à-dire simple et répétitive – ne sont donc pas fondamentalement différentes de celles du Dr L\_\_\_\_\_. Ce dernier s'est simplement également exprimé sur ce que pourrait être la capacité de travail de l'assurée dans sa profession de prédilection. Sa conclusion, selon laquelle un taux de 25% serait exigible, suffit à démontrer qu'une telle activité n'est pas la plus adaptée.

Sur la base des avis du Dr L\_\_\_\_\_ et du SMR, il faut donc retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité simple et manutentionnaire.

9. Il convient à présent de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 ; ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il

---

n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressort en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut,

---

sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

10. En l'espèce, sont seuls contestés les degrés d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> septembre 2008 et le 31 mai 2012 (avant réadaptation) et à compter du 1<sup>er</sup> juin 2012 (après réadaptation). La chambre de céans limitera donc son examen à ces périodes.

(a) Degré d'invalidité avant réadaptation :

C'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux statistiques pour déterminer les revenus avec et sans invalidité. La recourante n'exerce en effet pas d'activité professionnelle depuis son accident et le salaire d'appoint qu'elle réalisait alors, parallèlement à ses études, n'est pas représentatif de celui qu'elle aurait pu vraisemblablement obtenir à l'issue de sa formation.

De la même manière, c'est à juste titre qu'il s'est référé au niveau de qualification 3 du TA7 puisque tout laisse à penser que la recourante aurait mené à terme avec succès sa formation à la Haute école de gestion en informatique de gestion – voie professionnelle donnant accès à l'analyse, à la programmation et à l'exploitation informatique. Le TA7, indiquant le salaire mensuel brut moyen selon le domaine d'activité et le niveau des qualifications requises pour le poste de travail et le sexe, plus particulièrement son chiffre 29 (analyse, programmation et « operating ») permet en effet de déterminer au plus près de la réalité ce qu'aurait été le salaire de la recourante sans atteinte à sa santé. Quant au niveau de qualification 3 (correspondant à des connaissances professionnelles et techniques), il paraît en effet plus approprié que le niveau 2 (travail indépendant et très qualifié), qui devrait être réservé à quelqu'un disposant d'une longue expérience. Le revenu avant invalidité obtenu par l'intimé (soit CHF 80'234.-) - au demeurant plus favorable à la recourante que celui auquel aurait conduit l'application du TA1, ch. 70-74, niveau 3 (5'673.- CHF/mois) - peut donc être avalisé.

---

Quant au revenu après invalidité mais avant réadaptation, il doit être fixé en se basant sur le TA1 de l'ESS 2008, ce qui conduit au montant de CHF 25'684.- retenu par l'intimé (TA1, niveau 4, total, « femmes » = CHF 4'116.- pour 40h./sem. en 2008 = CHF 4'281.65 pour 41,6h./sem. en 2008 = CHF 51'367.68 en 2008 à 100% = CHF 25'683.84 à 50%).

Ainsi que le fait remarquer l'intimé, il n'y a pas lieu d'appliquer une réduction supplémentaire au revenu d'invalidé dans la mesure où l'assurée est jeune, où ses limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans la détermination du taux d'activité et où aucune autre circonstance permettant de justifier une réduction n'est réalisée.

La comparaison des deux montants ainsi déterminés conduit à un degré d'invalidité de 67,99% ouvrant droit à un trois quarts de rente pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 mai 2012. Sur ce point, la décision de l'intimé est donc confirmée et le recours rejeté.

(b) Degré d'invalidité après réadaptation :

Le Dr L\_\_\_\_\_ ayant conclu à deux capacités de travail différentes selon l'activité hypothétiquement exercée, il convient de ne retenir que l'hypothèse de l'activité la mieux adaptée, eu égard à l'obligation de l'assurée de réduire le dommage qu'elle subit.

Il conviendra de se référer aux statistiques de l'année 2010, celles de l'année 2012 n'étant pas encore connues.

S'agissant du revenu avant invalidité, les remarques formulées ci-dessus s'appliquent mutatis mutandis. Il convient donc de se référer au TA7, niveau 3, ch. 29 (analyse, programmation et « operating »), ce qui conduit à un revenu avant invalidité de CHF 84'490 (6'770.- CHF/mois pour 40h./sem. = 7'040.80 CHF/mois pour 40,6h./sem. = 84'489.60 CHF/an).

Quant au revenu après invalidité et après réadaptation, il doit être fixé en se basant sur le TA1 de l'ESS 2010 puisque l'activité adaptée telle que décrite par le SMR et le Dr L\_\_\_\_\_ (non intellectuelle, simple, répétitive, manutentionnaire) n'a pas été déterminée avec exactitude. On ne saurait donc ici se reporter au TA7. Si l'on se base sur l'ESS 2010, on obtient un revenu de CHF 26'364.- à 50% (TA1, niveau 4, total, « femmes » = CHF 4'225.- pour 40h./sem. en 2010 = CHF 4'394.- pour 41,6h./sem. en 2010 = CHF 52'728.- en 2010 à 100%)

Une fois encore, il n'y a pas lieu d'appliquer une réduction supplémentaire au revenu d'invalidé.

La comparaison des deux montants ainsi déterminés conduit à un degré d'invalidité de 68.8% ouvrant droit à un trois quarts de rente pour la période postérieure au 31 mai 2012.

Sur ce point, la décision de l'intimé est donc annulée et le recours partiellement admis.

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 17 octobre 2013 corrigée en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit à un trois-quarts de rente pour la période postérieure au 31 mai 2012 également.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, le recours déposé étant complet, motivé en fait et en droit (art. 61 let. g LPGA).

Depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). Un émolument de justice fixé à CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Dit que la recourante a également droit à un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 mai 2012.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le