

# **GE\_GERICHTE ATAS/1194/2011 vom 29. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1194\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1194_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1194/2011 du 29 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1194/2011 del 29 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) 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 dès le 1er 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). b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assurée des mesures professionnelles dès 2010. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé

A/2076/2011 - 7/15 - physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

### **E. 4**

a) Aux termes de l'art. 3a al. 1er LAI, la détection précoce a pour but de prévenir l'invalidité (art. 8 LPGA) de personnes en incapacité de travail (art. 6 LPGA). L'office AI

met en œuvre la détection précoce en collaboration avec d'autres assureurs sociaux et avec des institutions d'assurance privées soumises à la loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (al. 2). b) Aux termes de l'art. 7d LAI, les mesures d'intervention précoce ont pour but de maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail (art. 6 LPGGA) ou de permettre leur réadaptation à un nouveau poste au sein de la même entreprise ou ailleurs (al. 1er). Les offices AI peuvent ordonner les mesures suivantes (al. 2) : adaptation du poste de travail (let. a), cours de formation (let. b), placement (let. c), orientation professionnelle (let. d), réadaptation socioprofessionnelle (let. e) et mesures d'occupation (let. f). Les mesures d'intervention précoce prévues par cette disposition peuvent être octroyées à l'assuré qui s'est annoncé à l'assurance-invalidité (art. 1sexies RAI). c) En vertu de l'art. 1septies RAI, arrêté par le Conseil fédéral en application de l'art. 7d al. 4 LAI, la phase d'intervention précoce s'achève par la décision relative à la mise en œuvre des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 let. abis et b LAI (let. a), la communication du fait qu'aucune mesure de réadaptation ne peut être mise en œuvre avec succès et que le droit à la rente sera examiné (let. b) ou la décision selon laquelle l'assuré n'a droit ni à des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3, let. abis et b LAI, ni à une rente (let. c). Conformément à l'art. 1octies RAI, arrêté par le Conseil fédéral en application de l'art. 7d al. 4 LAI, le montant des mesures d'intervention précoce octroyées à l'assuré ne peut dépasser 20'000 fr. En vertu de l'alinéa 3 de l'art. 7d LAI, nul ne peut se prévaloir d'un droit aux mesures d'intervention précoce.

## **E. 5**

a) L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation

A/2076/2011 - 8/15 - professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Des indemnités journalières sont versées à l'assuré durant une mesure de réadaptation prévues à l'art 8 al. 3 LAI, si les conditions des art. 22 et suivants LAI sont remplies. En sus de l'article 14a LAI instituant des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation, les articles 15 et suivants LAI prévoient plusieurs mesures d'ordre professionnel, soit l'orientation professionnelle (art. 15), la formation professionnelle initiale (art. 16), le reclassement (art. 17), le placement (art. 18), l'allocation initiale au travail (art. 18a) et l'aide en capital (art. 18b).

b) L'article 15 LAI prescrit que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Selon la circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (CMRP) de l'OFAS état au 1er janvier 2009, l'orientation professionnelle, qui inclut également des conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée pour une activité dans un autre domaine, voir un placement adéquat. L'orientation peut consister en des stages pratiques, des examens plus étendus dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans les centres de formation professionnelle (COMAI). L'examen sera effectué d'après un programme spécifiquement établi ou standardisé précisant clairement l'objectif. c) Selon l'article 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend

l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1er LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI

A/2076/2011 - 9/15 - celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). d) L'article 18 LAI prévoit que l'assuré qui présente une incapacité de travail (art. 6 LPGa) et qui est susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi, un conseil suivi afin de conserver un emploi. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). Le Tribunal fédéral a rappelé, dans un arrêt du 13 octobre 2009 que la jurisprudence précitée n'a jamais fait mention de la condition d'une perte de gain de 20 % s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi

## **E. 6**

a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: b) Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

## **E. 7**

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en

règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du

A/2076/2011 - 10/15 - 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance- chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

## **E. 8**

a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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

A/2076/2011 - 11/15 - 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu 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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

## **E. 9**

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 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). 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 LPG), 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

A/2076/2011 - 12/15 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement

motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) 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/bb et cc). e) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28

A/2076/2011 - 13/15 - consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

## **E. 10**

En l'espèce, il ressort de l'expertise du 31 mai 2010 que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son handicap, en respectant les limitations fonctionnelles retenues (port de charge de plus de 5 kg, périmètre de marche limité à 500 m, terrain irrégulier, position accroupie et à genoux, montée d'escalier). Cette appréciation médicale est convaincante et n'est au demeurant contestée par aucun autre avis médical, l'assurée se contentant d'affirmer que sa grossesse difficile aurait aggravé l'état de son genou, ce qui n'est pas déterminant dès lors qu'il est admis qu'elle ne peut plus exercer d'activité sollicitant celui-ci. La Dresse B\_\_\_\_\_ admet que sa patiente peut travailler assise. Elle estime qu'elle doit pouvoir finir les cours payés par l'OAI pour "trouver un travail de bureau, soit une activité adaptée à son handicap" et ne prétend pas que son état de santé l'empêcherait de travailler à 100% dans cette activité adaptée. Il est ainsi établi que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis septembre 2009, au plus tard fin mai 2010, sauf durant sa grossesse et la période suivant l'accouchement, qui ne relèvent cependant pas de l'assurance- invalidité. Ainsi, aucune expertise médicale ne se justifie et ce grief est mal fondé. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, la référence à l'ESS, TA1, total, niveau 4 ne prête pas flanc à la critique, puisqu'il englobe nombre d'activité en position assise et est admis par le Tribunal fédéral, en présence de limitations fonctionnelles telles que celles retenues pour l'assurée. L'abattement de 10% tient correctement compte de l'importance des limitations affectant le genou, et ni l'âge de l'assurée (32 ans), ni le nombre d'année dans la même profession (2 ans), ni son

permis B (dès lors qu'elle a trouvé un emploi d'aide soignante avec ce type de permis, et sans formation spécifique) ne justifient d'abattement supplémentaire. Ce grief est donc mal fondé. Le revenu d'invalidé est donc celui retenu par l'OAI de 46'175 fr. Le revenu sans invalidité (56'160 fr.) a été calculé généreusement par l'OAI, qui a retenu un taux horaire de 27 fr. (alors que celui pratiqué est de 25 fr. pour les heures des jours ouvrables et de 27 fr., pour les autres), à raison de 8h/jour sur 52 semaines (alors que l'horaire effectif est irrégulier). Il s'avère ainsi que le revenu brut réalisé avant l'accident durant les six premiers mois de 2009 totalise 26'879 fr, soit 53'758 fr sur un an, le revenu annualisé pour 2008 de 53'406 fr. n'étant pas supérieur, (17'802 fr.  $\cdot$  4 x 12). Ainsi, le taux d'invalidité reste en dessous de 20%, soit 14,1% selon les chiffres susmentionnés et 17,8% selon ceux retenus par l'OAI. Les mesures d'intervention précoces octroyées par l'OAI sont conformes à la loi (formation en anglais et diplôme universitaire en management de projets), elles respectent les limites financières fixées (15'990 fr.), elles sont adaptées à la situation de l'assurée, qui a déjà obtenu un bachelors en communication et travaillé à la gestion de projets de développement dans son pays d'origine. Cette formation complémentaire doit permettre à l'assurée, dont la motivation sans faille a toujours

A/2076/2011 - 14/15 - été relevée par l'OAI, de trouver un travail non seulement adapté à son handicap, mais de plus correspondant à ses intérêts. Il semble à cet égard que le recours initialement déposé n'avait pas d'autre vocation que d'obtenir le droit de poursuivre et achever cette formation, ce qui a été entretemps confirmé par l'OAI et par les instituts de formation. L'assurée a toutefois maintenu son recours, afin d'obtenir la mise sur pied d'une expertise et l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Un taux d'invalidité inférieur à 20% n'ouvre aucun droit à un reclassement professionnel, lequel serait au demeurant discutable, l'assurée ayant une formation universitaire dans la communication, qui sera parfaite d'une formation de gestion de projet et en anglais dès que l'assurée aura pu terminer ses cours. La question d'une formation initiale ne se pose pas en l'espèce, l'assurée ayant déjà eu une activité lucrative avant son accident. Une mesure d'orientation professionnelle n'est pas nécessaire chez une assurée jeune, universitaire, qui a trouvé un travail d'aide-soignante sans avoir aucune formation ou expérience dans ce domaine, de sorte qu'elle peut dans ce cas-là sans aucun doute possible s'orienter vers un emploi dans le domaine social, qu'elle connaît, ou se tourner vers un emploi dans l'industrie légère, qui ne requiert pas de formation spécifique. Il convient à cet égard de rappeler que le marché du travail tendu n'est pas un élément déterminant pour l'assurance-invalidité. Au surplus, à défaut de droit à une mesure de réadaptation (reclassement, orientation, etc.), l'assurée n'a pas droit à une indemnité journalière durant la période qu'elle consacra à la fin de sa formation à l'Université et au Wall Street Institute, bénéficiant de ses seules indemnités de chômage (PCMM durant la grossesse et le congé maternité). Cela étant dit, l'OAI a d'ores et déjà indiqué qu'à l'issue de la formation octroyée, et compte tenu de la grande motivation de l'assurée, des efforts consentis pour continuer à travailler à 50% en tant qu'aide-soignante malgré le handicap au niveau du genou, l'Office était disposé à lui octroyer une aide au placement et, le cas échéant, une allocation d'initiation au travail, sur demande écrite et motivée.

## **E. 11**

Le recours, mal fondé, est rejeté et un émolument de 200 fr est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/2076/2011 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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