

# **GE\_GERICHTE ATAS/993/2013 vom 9. Oktober 2013**

GE Cour de justice, 2013-10-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_993\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_993_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/993/2013 du 9 octobre 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/993/2013 del 9 ottobre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 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 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a),

A/1798/2013 - 8/18 - entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er 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 remontant à l'année 2011, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications apportées par la 5ème révision de la LAI jusqu'au 31 décembre 2011 et dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a, 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 (ATFA non publié 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). La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité.

### **E. 5**

Il convient tout d'abord de se déterminer sur sa capacité de travail. 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 1er janvier 2008). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

A/1798/2013 - 9/18 - comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

## **E. 6**

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). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de

A/1798/2013 - 10/18 - l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 7**

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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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 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).

#### **E. 8**

En l'occurrence, il résulte des rapports médicaux présents au dossier que la recourante était en incapacité de travail partielle dans sa profession de paysagiste/horticultrice depuis juillet/septembre 2011 (cf. rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 14 juillet 2011 et courrier de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 27 février 2012). Cependant, dès le mois de décembre 2011 en tous les cas, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, la Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 19 octobre 2012, que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité vraiment adaptée et que l'état de santé était stationnaire depuis son dernier rapport du mois de décembre 2011, dans le cadre duquel elle a relevé qu'une réadaptation professionnelle avec une formation était envisageable. En outre, les médecins ayant examiné la recourante et le SMR s'accordent sur les limitations fonctionnelles lesquelles concernent essentiellement le travail de force, lourd ou physique, le port de charges de manière répétitive ou encore le travail manuel. La Dresse C \_\_\_\_\_, suivant la recourante pour ses atteintes psychiques, a également relevé qu'elle avait une certaine difficulté à se conformer, surtout si les exigences lui semblaient incohérentes. Au vu de la cohérence des différents rapports au dossier, notamment des déclarations de la Dresse C \_\_\_\_\_, il sied de constater que la recourante n'est

A/1798/2013 - 11/18 - plus en mesure d'exercer à plein temps l'activité d'horticultrice depuis juillet/septembre 2011, mais que sa capacité de travail est entière dans une activité lucrative adaptée dès le mois de décembre 2011. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à

une instruction complémentaire, et en particulier à une nouvelle évaluation médicale de la recourante, comme requis par celle-ci. Enfin, en ce que la recourante estime que sa capacité de travail est diminuée en raison de la nécessité de pratiquer régulièrement du sport, de la prise en charge hebdomadaire par un professionnel de la santé et de ses charges familiales, ces éléments ne peuvent être pris en considération, s'agissant de facteurs étrangers à l'assurance-invalidité.

## **E. 9**

Il sied dès lors de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante. a) 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA et art. 28 al. 2 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 et ATF 128 V 174).

A/1798/2013 - 12/18 - 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) édité 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 (ATFA non publiés 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'invalidé, 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'invalidé 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 ressortit 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

A/1798/2013 - 13/18 - 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; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

## **E. 10**

En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né au plus tôt en juillet 2012, dès lors que le début de l'incapacité de travail déterminante remonte aux mois de juillet/septembre 2011 et que la demande de prestations a été déposée en juillet 2011. Dès lors, il convient de se placer durant l'année 2012 pour procéder à la comparaison des revenus. L'OAI s'est tout d'abord basé, en l'absence de données salariales concrètes, sur l'ESS 2010 pour déterminer le revenu sans invalidité de la recourante. Celle-ci conteste le point de vue de l'OAI en produisant son contrat de travail du 31 janvier 2007, par lequel elle a été engagée en qualité de « jardinier » et en soutenant qu'elle avait dû mettre un terme à cette activité en raison de ses douleurs et de ses empêchements fonctionnels. En effet, elle avait, lors de ses activités professionnelles, des pertes de motricité qui avaient fini par lui causer des blessures et mettaient en danger la sécurité de ses collègues. Certes, comme le relève l'OAI, le CI de la recourante ne met pas en exergue un revenu aussi élevé que celui retenu dans la décision litigieuse (53'239 fr.), ou que le revenu annuel que la recourante aurait pu percevoir auprès de l'entreprise X \_\_\_\_\_ de 59'268 fr. ( $[4'356 \times 13] + [11 \times 5 \text{ jours} \times 48 \text{ semaines}]$ ), étant précisé que les frais de repas versés par l'employeur font partie du salaire déterminant AVS (art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI (RS 831.201) et 9 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 – RAVS (RS 831.101)) alors que la contribution de l'employeur à l'assurance-maladie n'est

pas comprise, en principe, dans le salaire déterminant AVS (art. 25 al. 1 RAI et 8 let. b RAVS). La Cour de céans est toutefois d'avis qu'il convient de se fonder sur le revenu qui aurait pu être perçu dans la profession apprise, et en particulier sur celui résultant du contrat conclu avec l'entreprise X\_\_\_\_\_. En effet, ledit contrat donne des renseignements concrets quant au salaire pouvant être perçu par la recourante dans son activité antérieure et correspond manifestement à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser en tant que personne valide. Partant, en se fondant sur un revenu de 59'268 fr. en 2007 et en l'adaptant à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; en 2007 : 2'454 et en 2012 : 2'630), le revenu sans invalidité 2012 est de 63'518 fr. 70 ( $60'468 \times 2630 / 2454$ ). Pour ce qui est du revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires résultant de l'ESS. En effet, la recourante n'a repris une activité

A/1798/2013 - 14/18 - lucrative salariée adaptée à son état de santé que dès le 1er avril 2013 et l'activité effectivement exercée, de quelques heures par semaine, ne lui permet pas de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail. Ainsi, d'après l'ESS 2010, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, femme, part au 13ème salaire comprise) est de 4'225 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2012, lequel est de 41.7 heures (cf. tableau « durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique) et à l'ISS (2010 : 2'579 et 2012 : 2'630). Il en résulte un revenu annuel brut de 53'899 fr. 95. De plus, l'OAI a fixé l'abattement à 10%, en raison des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était envisageable. En l'absence de la réalisation des autres critères prévus par la jurisprudence, il convient de confirmer ce pourcentage. Il sera précisé à l'attention de la recourante que l'abattement doit être déterminé en premier lieu par l'administration et non par les médecins. En tenant compte d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidité 2012 est de 48'509 fr. 95. Partant, le degré d'invalidité de la recourante est de 24% ( $[(63'518.70 - 48'509.95) \times 100 / 63'518.70]$ ). Dans la mesure où elle ne présente ainsi pas un degré d'invalidité de 40% au moins à la fin du délai de carence d'une année, qui arrive à échéance en juillet 2012 au plus tôt, elle n'a pas de droit à une rente d'invalidité.

## **E. 11**

En revanche, il convient de se prononcer sur son droit à une mesure de d'ordre professionnel. a) Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance

A/1798/2013 - 15/18 - (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (ATF non publié 9C\_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Contrairement au droit à une rente, 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. 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), mais elle n'a jamais fait mention d'une telle condition s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du

### **E. 13**

En conséquence, le recours est partiellement admis et la décision querellée réformée dans le sens que la recourante a droit à une mesure de reclassement professionnel.

### **E. 14**

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI par devant la Cour de céans étant soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA).

A/1798/2013 - 18/18 - 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.