

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3658/2013

ATAS/963/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 août 2014**

**3ème Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, à GENEVE, représentée par PROCAP (service juridique)

recourante

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Mme A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1960, a suivi une formation d'infirmière (diplôme supérieur en soins intensifs à l'Université de Mexico en 1980, cours de soins intensifs et coronaires et cours de réanimation cardio-respiratoire en 1987).
2. Le 10 juin 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en invoquant un emphysème pulmonaire bilatéral, une artériopathie et une fibrose pulmonaire. L'assurée a précisé que les douleurs avaient commencé à se manifester en 2000 et avaient entraîné une incapacité à exercer son activité à compter du début de l'année 2007.
3. Dans un rapport du 25 juin 2010, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a confirmé une insuffisance respiratoire sur emphysème avec bronchite asthmatiforme depuis 2007, ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis mars 2007.
4. Le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, dans un courrier du 23 avril 2010 au Dr B\_\_\_\_\_, a conclu quant à lui à des fonctions pulmonaires normales et expliqué que la symptomatologie de la patiente était probablement l'expression d'un asthme.
5. Dans un rapport rédigé en juillet 2010, l'hôpital H\_\_\_\_\_, dernier employeur de l'assurée, a indiqué l'avoir occupée de juillet 2001 à décembre 2007, son dernier jour de travail effectif remontant au 18 novembre 2006 ; l'assurée n'avait pas souffert d'atteinte à la santé lors de son activité.
6. Du rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressée, il ressort qu'elle a réalisé les revenus suivants :
  - CHF 53'612.- en 2002,
  - CHF 48'873.- en 2003,
  - CHF 41'452.- en 2004,
  - CHF 18'864.- en 2005,
  - et CHF 16'544.- en 2006.
7. L'assurée a été adressée pour expertise médicale au Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en maladies du poumon.

Dans son rapport du 14 novembre 2011, l'expert a conclu à un asthme, à une bronchite chronique, à un trouble somatoforme, à un probable état dépressivo-anxieux, à une tachycardie sinusale inappropriée et à une hyperventilation

chronique. L'absence d'affection pulmonaire, cardiaque ou autre expliquant objectivement la dyspnée au moindre effort de l'assurée a été relevée.

L'expert a estimé que depuis 2007, l'assurée avait conservé la capacité d'exercer une activité adaptée (tranquille et en position assise), à raison de deux à trois heures par jour.

8. L'assurée a alors été adressée pour examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR).

Dans leur rapport du 2 juillet 2012, les Drs E\_\_\_\_\_, ancienne médecin-chef-adjointe en physiatrie, et F\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie, ont conclu à des rachialgies dans le contexte d'un trouble statique et discrètement dégénératif L5-S1 et à une probable anomalie de transition lombosacrée avec dysbalances musculaires et déconditionnement. Ils ont également mentionné des douleurs étendues aux plans articulaire et musculaire, sans substrat structurel, un asthme, probablement allergique, des bronchites à répétition, un excès pondéral, un status post-trois fausses couches et une IVG et une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, atteintes dont ils ont précisé qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Les médecins du SMR ont conclu qu'au vu de l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait jamais eu d'incapacité durable à exercer une activité adaptée.

9. L'assurée a alors été adressée à la division de réadaptation professionnelle, à laquelle elle a déclaré être convaincue de ne pouvoir rien faire.

En conséquence de quoi, la division de réadaptation professionnelle a procédé à une évaluation théorique de son degré d'invalidité.

10. Le 14 mai 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

11. Par écritures des 11 et 25 juin 2013, l'assurée a contesté ce projet en invoquant d'une part, « d'importantes divergences entre les appréciations de ses médecins et les experts consultés », d'autre part, le fait de ne pas avoir été avisée des conséquences d'un défaut de collaboration.

12. Le dossier de l'assurée a été soumis une nouvelle fois au SMR, plus particulièrement au docteur G\_\_\_\_\_, qui, le 2 août 2013, a relevé que les allergies dont l'assurée alléguait qu'elles n'avaient pas été suffisamment investiguées avaient bel et bien été évaluées par le Dr D\_\_\_\_\_, que les limitations fonctionnelles avaient quant à elles été décrites par le SMR et qu'enfin la diminution de rendement évoquée par le Dr D\_\_\_\_\_ n'était pas convaincante puisqu'elle ne se basait que sur les plaintes subjectives de l'assurée, raison pour laquelle cette dernière avait d'ailleurs été soumise à un nouvel examen bidisciplinaire.

13. Par décision du 14 octobre 2013, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation de l'assurance-invalidité.

L'OAI a constaté qu'au vu des documents médicaux et professionnels versés au dossier, si la capacité de l'assurée à exercer son activité habituelle avait été réduite à 50% depuis mars 2007, l'intéressée avait en revanche conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Pour déterminer le degré d'invalidité, l'OAI a procédé à la comparaison du revenu que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à sa santé, soit CHF 68'715.- (ESS 2008, TA7-33, niveau 3), à celui qu'elle aurait pu obtenir malgré ladite atteinte, soit CHF 47'455.- (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1, niveau 4, avec réduction supplémentaire de 10%).

S'agissant du revenu avant invalidité, l'OAI s'est également basé sur les statistiques au motif que l'assurée n'avait plus travaillé depuis 2007 et qu'auparavant, entre 2001 et 2007, ses revenus avaient été très fluctuants.

Cette comparaison a conduit à un degré d'invalidité de 30,9 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant aux mesures professionnelles, l'OAI a considéré qu'elles n'entraient pas en ligne de compte puisque l'assurée avait indiqué ne pas se projeter dans une quelconque activité lucrative.

14. Par écriture du 14 novembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce qu'elle soit annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour nouvelle décision.

La recourante reproche à l'OAI de s'être basé sur les statistiques pour déterminer le revenu avant invalidité. Selon elle, les conditions permettant de s'écarter du dernier salaire réalisé n'étaient pas remplies.

Elle soutient que le montant ainsi obtenu (CHF 68'715.-) ne reflète pas son parcours et ses qualifications professionnelles. A cet égard elle explique avoir exercé le métier d'infirmière diplômée au Mexique, depuis 1980, puis en Suisse, depuis 1988. Elle relève avoir réalisé auprès de son dernier employeur un revenu de CHF 53'612.- en 2006 (recte 2002) pour un taux d'activité de 49,03%, et de CHF 48'873.- en 2003, pour un taux d'activité de 49,5%.

Elle en tire la conclusion que l'OAI aurait dû se baser sur ces montants pour calculer le revenu qu'elle aurait réalisé à 100%, soit CHF 109'343,30 en 2002 et CHF 98'733,35 en 2003.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 décembre 2013, a conclu au rejet du recours.

En premier lieu, l'intimé émet des doutes quant à la question de savoir s'il est correct de considérer la recourante comme active à 100%. Il relève en effet que cette dernière a travaillé à taux réduit depuis 2001, soit bien avant le moment de la survenance de l'invalidité, en 2007. L'intimé relève par ailleurs que, du rapport

---

rédigé par le dernier employeur de l'assurée, il ressort que cette dernière n'a jamais été gênée par sa santé dans l'exercice de son activité. L'OAI se demande dès lors s'il n'aurait pas commis une erreur en lui reconnaissant un statut d'active à 100% alors même que l'assurée a réduit son taux d'activité depuis plusieurs années et que son taux d'occupation a varié dans le temps, sans baisser linéairement comme cela aurait pu être le cas en présence d'une atteinte à la santé s'aggravant avec le temps.

S'agissant plus particulièrement du salaire avant invalidité, l'intimé relève que les taux d'activité et revenus de l'assurée ont été très variables depuis 2001, date de son engagement à l'Hôpital H\_\_\_\_\_ ; de plus, l'assurée a été au chômage depuis 2007, soit trois ans avant le dépôt de sa demande de prestations.

L'intimé ajoute que les montants articulés par la recourante ne sauraient être retenus puisqu'ils ne constituent qu'une pure extrapolation et ne correspondent à aucune réalité : ils n'ont jamais été réalisés concrètement par l'assurée ; or, selon la jurisprudence, le montant retenu à titre de salaire avant invalidité doit être le plus proche possible de la réalité.

16. Par écriture du 16 janvier 2014, la recourante a relevé que l'OAI lui-même lui avait reconnu le statut d'active à 100% et en a tiré la conclusion qu'il n'y avait « dès lors pas lieu d'y revenir ».

### **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 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.

2. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
3. Seul est contesté à ce stade de la procédure, le montant retenu à titre de revenu sans invalidité par l'intimé pour procéder à la comparaison des gains et déterminer le degré d'invalidité de la recourante.
4. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un quart de rente est octroyé en cas d'invalidité de 40% au moins, une demi-rente en cas d'invalidité de 50%, un trois quarts de rente en cas d'invalidité de 60% et une rente entière en cas d'invalidité de 70% au moins.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

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 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 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).

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 avait été 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. Certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Notre Haute Cour a ainsi jugé que lorsque l'assuré a subi une période de chômage relativement longue (2 ans) avant de connaître une incapacité de travail totale, on doit admettre que le revenu qu'il a obtenu durant cette période ne représente pas la mesure de ce qu'il est véritablement apte à gagner en tant que personne valide.

5. En l'espèce, dans la mesure où il ressort du rassemblement des comptes individuels AVS de la recourante qu'elle n'a réalisé, immédiatement avant la survenance de l'invalidité, qu'un revenu annuel de CHF 16'000.- environ en 2006 (contre un revenu d'environ CHF 53'612.- en 2002) et que, dans l'intervalle, son revenu a beaucoup varié, c'est à juste titre que l'intimé s'est basé sur les statistiques pour déterminer le revenu avant invalidité, la situation précédant la survenance de

l'invalidité n'étant manifestement pas représentative de ce qu'aurait véritablement pu obtenir la recourante.

En particulier, la solution préconisée par la recourante - se baser sur les revenus réalisés en 2002 et 2003 - soit 4 à 5 ans avant la survenance de l'invalidité - au prorata pour en déduire ce qu'aurait pu être son revenu à plein temps, ne saurait être retenue, étant rappelé que le revenu avant invalidité doit être évalué au plus proche de la réalité.

Ainsi que le fait remarquer l'intimé, la question peut en effet sérieusement se poser de savoir si c'est à juste titre qu'un statut d'active à 100% a été reconnu à l'assurée puisque celle-ci a réduit son temps de travail des années avant la survenance de l'invalidité.

Cette question peut cependant rester ouverte dans la mesure où, même si l'on se base sur l'hypothèse la plus favorable à l'assurée - en l'occurrence, celle adoptée par l'intimé dans la décision litigieuse - tout droit à une rente doit être nié, faute d'un degré d'invalidité suffisant.

C'est en effet à juste titre que l'OAI s'est basé sur le TA7-33 de l'ESS 2008 pour déterminer le revenu avant invalidité. Ce tableau indique en effet le salaire mensuel brut selon le domaine d'activité et le niveau des qualifications requises pour le poste de travail et le sexe, dans les secteurs privé et public; le secteur 33 correspond aux activités médicales, sociales et dans le domaine des soins. On ne saurait par ailleurs nier que la recourante dispose de connaissances spécialisées au vu de son expérience et des formations complémentaires qu'elle a suivies (niveau 3). C'est donc bien, selon ce tableau, un revenu de CHF 5'506.- par mois qu'elle aurait pu réaliser à plein temps sans atteinte à sa santé, en 2008. Annualisé selon un horaire de 41,6 h./sem. et comparé à celui de CHF 47'455.-, cela conduit à un degré d'invalidité de 31%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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