

GE_GERICHTE ATAS/511/2015 vom 30. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_511_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/511/2015 du 30 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/511/2015 del 30 giugno 2015

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 - 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la Cour de céans (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

E. 3

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a réduit la demi-rente accordée à l'assurée à un quart de rente à compter du 1er décembre 2013.

E. 5

En premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue. Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment motivé sa décision et de ne pas lui avoir permis de s'exprimer avant de rendre sa décision.

A/1208/2014 - 8/12 - La contestation d'une décision suppose que celle-ci comporte une motivation prenant en compte tous les éléments déterminants. Ce devoir de motivation est déduit du droit d'être entendu fixé à l'art. 29 al. 2 Cst. : la jurisprudence impose à l'autorité

de motiver sa décision, afin que celle-ci puisse être comprise et contestée utilement s'il y a lieu. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 134 I 83 consid. 4.1 p. 88, 133 III 439 consid. 3.3 p. 445). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté (arrêt 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in RDAF 2009 II p. 434). En l'occurrence, la décision rendue par l'intimé explique quelles ont été les bases du calcul du degré d'invalidité et indique se fonder sur l'avis de son SMR. En ce sens, elle est suffisamment motivée. On en veut pour preuve que l'assurée a pu la contester utilement devant la Cour de céans. Quant à l'allégation selon laquelle l'assurée n'aurait pas eu accès à son dossier et n'aurait pu faire valoir son point de vue, elle ne tient pas : il est établi qu'un projet de décision a été communiqué à l'assurée, qui ne s'est pas manifestée pour le contester ou demander l'accès à son dossier. Au demeurant, ainsi que le fait remarquer l'intimé, selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est quoi qu'il en soit réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, ce qui est le cas de la Cour de céans. Qui plus est, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

E. 6

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).

A/1208/2014 - 9/12 -

E. 7

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).

E. 8

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).

E. 9

a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout

A/1208/2014 - 10/12 - changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). L'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 10

En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé d'avoir considéré que son état s'était amélioré en septembre 2013, ce qu'elle conteste formellement, alléguant qu'aucun élément objectif et concret n'accréditerait cette thèse d'une amélioration. C'est faire un peu rapidement fi de l'appréciation de son médecin traitant lui-même, qui, en septembre 2013, a bel et bien fait état d'une amélioration de son état de santé lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail de 100% dans une activité strictement adaptée, amélioration qu'il a confirmée par la suite en expliquant que, durant l'été 2013, après traitement et infiltrations, l'assurée était allée beaucoup mieux et s'était sentie apte à reprendre un travail. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir conclu à une amélioration et d'en avoir tenu compte après l'écoulement du laps de temps de trois mois imposé par la loi. Certes, par la suite, le même médecin traitant a fait état d'une aggravation de l'état général de sa patiente. Cette aggravation n'est cependant aucunement étayée. En effet, les diagnostics alors avancés par le médecin sont soit déjà connus (hernie discale), soit non invalidants (status post-pneumonie gauche en octobre 2012, status après coliques néphrétiques gauches en août 2010, tumeurs à surveiller, BPCO niée par le pneumologue) et antérieurs à l'amélioration déjà invoquée. Qui plus est, l'aggravation alléguée et motivée par le fait que les radiographies pratiquées par le Dr F_____ avaient montré des sacro-iliaques surchargées, n'entraînerait, de l'aveu même du médecin traitant, aucune limitation supplémentaire. Au demeurant, cette aggravation n'a pas été corroborée par le spécialiste en radiologie. Si bien qu'en définitive, selon le médecin traitant, l'atteinte principale reste la hernie discale gauche déjà connue. On ajoutera enfin que l'intimé s'est précisément rangé à l'avis du médecin traitant, selon lequel l'assurée disposerait, en hiver, en dehors des phases aiguës entraînant

A/1208/2014 - 11/12 - une totale incapacité, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, voire de 100% en été. L'intimé s'est même montré particulièrement indulgent avec l'assurée puisqu'il a retenu l'hypothèse la plus favorable et calculé le degré d'invalidité en se basant sur le revenu qu'elle pourrait obtenir en exerçant une activité adaptée à mi-temps. Les griefs de la recourante apparaissent ainsi manifestement dénués de tout fondement. Quant à savoir dans quels domaines elle pourrait exercer, il est vrai qu'il appartient en principe à l'administration d'indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, compte tenu des indications médicales et des autres aptitudes de l'assurée (ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34). Néanmoins, on doit admettre, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives, sans formation nécessaire, que recouvrent les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté au handicap dont souffre l'assurée et qu'on ne saurait, au vu de ces éléments considérer irréaliste le fait qu'elle puisse retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/1208/2014 - 12/12 - 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.