

GE_GERICHTE A/1208/2014 vom 30. Juni 2015

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1208_2014

FR: GE_GERICHTE A/1208/2014 du 30 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/1208/2014 del 30 giugno 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître REY Stéphane recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, (ci-après : l'assurée), née en septembre 1960, originaire du Kosovo, mariée et mère de quatre enfants, sans formation professionnelle, a travaillé dans divers domaines, notamment comme ouvrière et nettoyeuse. 2. L'assurée a été mise en arrêt de travail le 15 octobre 1999 en raison de cervicalgies sur une discopathie C4-C5 sans hernie discale et de lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 médiane. 3. Elle a déposé en date du 29 janvier 2001 une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) qui, par décision du 13 septembre 2002, lui a reconnu le droit à une rente entière limitée dans le temps à la période du 15 octobre 2000 au 28 février 2002, remplacée par un quart de rente d'invalidité à compter du 1 er mars 2002. Cette décision a été prise sur la base des conclusions d'une expertise rhumatologique pratiquée le 17 décembre 2001 par la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, concluant à une atteinte cervico-lombaire sur discopathies protrusives entraînant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais permettant d'exercer à plein temps une activité adaptée. L'OAI a considéré que l'assurée avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle lui aurait permis de réaliser un revenu annuel de CHF 34'906.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], secteur de la production en industrie manufacturière, niveau 4), qu'il a comparé à celui qui aurait été le sien sans atteinte à sa santé, soit CHF 58'700.-, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 41% dès décembre 2001 (date de l'expertise). 4. Le 14 juin 2004, l'assurée a déposé une nouvelle demande, rejetée par décision du 19 mai 2005 au motif que son état de santé était demeuré stationnaire. 5. Une révision du dossier a débuté en mai 2008, qui s'est clôturée le 17 septembre 2008 par une communication à l'assurée selon laquelle son droit aux prestations demeurait inchangé. 6. L'assurée a déposé une nouvelle demande le 1 er octobre 2012 par le biais de son médecin traitant, le docteur C_____. Celui-ci a fait état d'une aggravation de l'état général de sa patiente et a mentionné comme diagnostics : une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche en conflit avec la racine gauche, un status post-infiltration à trois reprises pour une hernie discale L4-L5, un status post-pneumonie gauche en octobre 2012, des gonalgies droites chroniques avec des lésions cartilagineuses de la condyle fémorale interne et un status après coliques néphrétiques gauches en août 2010. Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 23 mai 2012. 7. Le 13 mars 2013, le médecin traitant a complété sa position en précisant que si sa patiente était désormais bien soulagée concernant ses

lombosciatalgies, elle ne se sentait pas encore apte à reprendre un travail à plein temps. En arrêt de travail à 100% depuis le 1^{er} mai 2012, elle ne pouvait plus retourner à son poste et reprendre son ancien métier de femme de ménage. L'examen du genou droit confirmait des douleurs sur le compartiment interne avec une ulcération cartilagineuse visible au niveau du genou droit et une tendinopathie sévère au niveau du tendon gastrocnémien interne. Au vu des diagnostics, le médecin concluait à une incapacité de travail de 50%, avec interdiction de porter des charges supérieures à 10 kg et de travailler en rotation. 8. Le Service médical régional de l'OAI (SMR) a fait remarquer, en date du 20 mars 2013, qu'il avait d'ores et déjà été admis que la capacité de l'assurée à exercer ses anciennes activités était nulle. 9. Interrogé, le médecin traitant a répondu en septembre 2013 qu'à partir du 19 septembre 2013, la capacité de travail de sa patiente avait été de 100% pour une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a également précisé que le kyste ovarien n'avait aucun impact sur la capacité de travail. Pour le reste, à savoir une éventuelle broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPCO), il s'en est référé à l'avis du docteur D_____, spécialiste FMH en pneumologie, qui, le 12 septembre 2013, avait écarté ce diagnostic au motif que les fonctions pulmonaires ne révélaient pas de syndrome obstructif en précisant qu'il n'y avait pas de contre-indications pneumologiques à la poursuite du travail de nettoyeuse. 10. Le SMR s'est rangé à l'avis du généraliste selon lequel l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail depuis septembre 2013. 11. Le 11 novembre 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître, du 1^{er} octobre 2012 au 30 novembre 2013, le droit à une demi-rente, puis, à compter du 1^{er} décembre 2013, à un quart de rente. 12. Par décision du 17 mars 2014, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 59% du 1^{er} octobre 2012 au 30 novembre 2013, réduit à un quart de rente (41%) à compter du 1^{er} décembre 2013. L'OAI a constaté que l'intéressée avait exercé une activité d'ouvrière chez E_____, ainsi qu'une activité accessoire de nettoyeuse, ce qui correspondait à un taux global d'activité de 100%, qu'en bonne santé, elle aurait conservé. L'OAI a admis que l'atteinte à la santé avait entraîné une totale incapacité à exercer les activités habituelles depuis le 15 octobre 1999 mais a estimé qu'en revanche, dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assurée avait recouvré une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% du 6 novembre 2001 au 28 février 2012, de 50% du 1^{er} mars 2012 au 11 septembre 2013, puis à nouveau de 100% depuis le 12 septembre 2013, comme précédemment admis par le SMR en février 2002. L'OAI a alors comparé le revenu sans invalidité (en tant qu'ouvrière et en tant que nettoyeuse, soit CHF 58'700.- en 2002 correspondant, après actualisation, à CHF 67'239.10 en 2012) à celui que l'assurée aurait pu obtenir la même année, en exerçant une activité à 50% malgré l'atteinte à sa santé, revenu que l'OAI a déterminé en se basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2000 (ESS, TA1, niveau 4, secteur de production 2, section 15/37 = CHF 3'630.- pour 40 h./sem. = CHF 3'802.40 pour 41,9 h./sem. = CHF 45'629.- en 2002 = CHF 54'797.- en 2012). L'OAI a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 59,3%, arrondi à 59%. L'OAI a précisé n'avoir pas appliqué de réduction supplémentaire parce qu'il avait déjà été tenu compte des limitations de l'assurée en ne lui reconnaissant qu'une capacité de travail exigible de 50% seulement. Il a par ailleurs expliqué s'être basé sur l'année 2012, les données de l'ESS n'étant pas disponibles pour 2013. Enfin, il a rappelé que l'augmentation de rente prenait effet au plus tôt le mois durant lequel le dépôt de la demande avait été

présenté. 13. Par écriture du 1^{er} mai 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à ce que lui soit reconnu le droit à une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2013, subsidiairement, à ce que soit mise sur pied une nouvelle expertise et à ce que ses médecins soient entendus.!

La recourante se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendue, alléguant que ses plaintes et douleurs n'ont pas été prises en compte et que l'autorité n'a pas suffisamment motivé sa décision. Elle se plaint en particulier de n'avoir pu prendre connaissance des rapports médicaux établis en 2012 et 2014 et de n'avoir pu s'exprimer préalablement sur son dossier. Pour le surplus, elle reproche à l'OAI de ne pas mentionner dans quels domaines elle pourrait exercer et quels seraient les travaux envisageables et compatibles avec ses limitations fonctionnelles. La recourante se plaint également d'arbitraire, reprochant à l'autorité de ne pas avoir pris en compte un élément de preuve propre à modifier sa décision, à savoir les rapports médicaux de ses médecins, de 2012 et 2014, en contradiction avec sa décision. Enfin, elle soutient qu'aucun élément objectif et concret n'accrédite la thèse d'une amélioration de son état de santé. A l'appui de son recours, la recourante produit notamment : - des rapports rédigés par le docteur F_____, radiologue, en dates des 18 avril 2012, 27 février 2004 et 3 avril 2014,!

- un courrier adressé le 1^{er} avril 2014 par son médecin traitant à l'OAI indiquant n'avoir constaté aucune amélioration de son état de santé en décembre 2013, mais plutôt une aggravation.!

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 juin 2014, a conclu au rejet du recours.!

L'intimé fait remarquer que l'assurée a été avisée du fait qu'il allait rendre une décision puisqu'il lui a communiqué, en date du 11 novembre 2013, un projet de décision l'informant qu'il se proposait d'accepter une augmentation de sa rente pour une durée limitée dans le temps. Or, l'assurée n'a pas fait valoir la possibilité qui était la sienne de consulter son dossier. Il ajoute qu'en tout état de cause, le vice - s'il devait être admis - serait réparé devant la Cour, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'appréciation. Quant à la capacité de travail de l'assurée, l'intimé fait remarquer qu'il s'est basé sur le rapport du médecin traitant de l'intéressée, médecin qui, dans un rapport du 20 septembre 2013, attestait d'une capacité de travail de 100% dans une activité strictement adaptée et ce, à compter du 19 septembre 2013. La mise en valeur par la recourante d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé étant objectivement exigible, l'OAI a estimé que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées, le marché du travail offrant un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de l'assurée et accessibles sans formation particulière. Pour le surplus, il s'est référé à l'avis de son SMR qui, en la personne du Dr G_____, a rappelé que le Dr C_____, en septembre 2013, avait conclu à une pleine capacité de travail dans un poste adapté et estimé que le généraliste n'apportait pas d'éléments cliniques suffisamment étayés parlant en faveur d'une aggravation manifeste de l'état de santé de sa patiente avant la décision de l'OAI. 15. A la demande de la recourante, le Dr F_____ a été entendu le 23 octobre 2014.!

Le radiologue a indiqué avoir reçu une première fois l'assurée en 2007 pour des clichés standards (aux niveaux des cervicales, du dos et du thorax), avoir également pratiqué un scanner abdominal en octobre 2010, en avril 2012 et en avril 2014 et n'avoir constaté aucune évolution entre les deux derniers. L'assurée l'avait également consulté le 3 avril 2014 pour des douleurs costales à gauche, mais aucune fracture n'avait été décelée. Au niveau des lombaires, il n'y avait pas eu non plus d'évolution (hernie discale L4-L5). 16. Entendu à son tour, le Dr C_____, médecin traitant de l'assurée depuis 2011, a expliqué que l'atteinte

principale consiste en douleurs articulaires au niveau lombaire, avec irradiation au niveau du membre inférieur gauche et déficit de sensibilité. C'est cette atteinte qui est à l'origine de l'arrêt de travail.!

Depuis lors, l'assurée a souffert d'autres pathologies :

- de multiples interventions au niveau de la hernie discale lombaire ;!
- des troubles du genou droit ayant pratiquement disparu mais ayant révélé des lésions cartilagineuses ;!
- un épisode de calcul rénal ;!
- des douleurs costales à gauche, dont l'origine n'a pu être déterminée, mais qui ont permis de révéler une petite tumeur au niveau du poumon droit sous surveillance ;!
- des pneumonies chroniques et un emphysème pulmonaire chronique, sous traitement et sans répercussion importante sur la capacité de travail.!

Durant l'été 2013, vu le traitement et les infiltrations, l'assurée est allée beaucoup mieux et a indiqué se sentir apte à reprendre un travail à certaines conditions, ce dont le médecin s'est fait l'écho auprès de l'OAI, dans un courrier du 26 septembre 2013. Quant à l'aggravation évoquée dans un courrier du 1^{er} avril 2014 (pce 125 intimé), le témoin a expliqué que l'atteinte articulaire dont souffre sa patiente est particulièrement sensible aux conditions météorologiques, notamment à la température. C'est ainsi qu'en septembre 2013, les douleurs se sont aggravées au point qu'il a fallu introduire un traitement plus fort (Tramal). Qui plus est, en octobre 2013, la patiente s'est plainte d'une perte de poids. Des investigations ont mis en évidence une petite tumeur à la thyroïde en août 2014, qui s'est révélée non cancéreuse ; quant à la tumeur au niveau du poumon, elle n'a pas évolué. Le médecin traitant a ajouté que les radiographies pratiquées par le Dr F_____ le 26 février 2014 montraient des sacro-iliaques surchargées, n'entraînant cependant aucune limitation supplémentaire. En effet, ce qui handicape surtout la patiente, c'est la hernie discale gauche pour laquelle les neurochirurgiens préconisent pour l'instant un traitement conservateur (infiltrations et physio). Le médecin traitant a finalement émis l'avis qu'en hiver, en dehors des phases aiguës entraînant une totale incapacité, sa patiente, sous traitement, devrait pouvoir exercer à 50% une activité adaptée à ses limitations et, en été, à 100%. Il a ajouté que, depuis septembre de cette année 2014, l'assurée se plaint également de troubles psychiques pour lesquels lui a été prescrit un calmant pour la nuit qui a permis de stopper l'augmentation de l'asthénie. L'assurée continue d'être suivie aux niveaux de la thyroïde, du poumon et des lombaires.

17. Par écriture du 17 novembre 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis de son SMR. !

18. Par écriture du 18 décembre 2014, la recourante a également persisté dans ses conclusions. !

Elle maintient que son état de santé s'est aggravé ainsi qu'attesté par le Dr C_____ dans son courrier du 1^{er} avril 2014. Elle explique connaître fréquemment des phases de douleurs aiguës, en particulier en période hivernale, et reproche à l'intimé de n'avoir pas pris en compte le caractère fluctuant de son état et son incapacité de travail totale en période de crise aiguë. Elle ajoute devoir subir prochainement une intervention chirurgicale cardiovasculaire.

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 - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} 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 4^{ème} 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 1^{er} 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).

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.

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 1^{er} décembre 2013.

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. 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).

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). 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 1^{er} janvier 2008). 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). 9. 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). 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 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). 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 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. 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.