

FR_GERICHTE 608 2018 111 vom 24. Januar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_111

FR: FR_GERICHTE 608 2018 111 du 24 janvier 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 111 del 24 gennaio 2019

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 5

août 2014. C. Courant janvier 2017, une procédure de révision a été initiée. Dans ce cadre, l'OAI a mis sur pied une mesure de surveillance dont le mandat a été attribué à la société D._____ Investigation, laquelle a rendu un rapport d'investigation le 24 janvier 2017. Le 2 février 2017, l'OAI a informé l'assurée de la surveillance qui avait été effectuée ainsi que de son intention de suspendre le versement des prestations et de mettre sur pied une expertise. Puis, par décision du 13 février 2017, il a suspendu, avec effet immédiat, la rente entière d'invalidité. L'expert mandaté, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise le 2 novembre 2017, dans lequel il conclut à l'absence de tout trouble psychiatrique invalidant. Suite aux objections de l'assurée au projet de décision du 5 décembre 2018 lui supprimant sa rente, le Dr E._____ a rendu un complément d'expertise le 23 mars 2016 dans lequel il confirme ses conclusions. Par décision du 18 avril 2018, l'OAI a supprimé la rente, estimant que la capacité de gain de l'assurée s'était améliorée et qu'elle était désormais en mesure de travailler à plein temps dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Hervé Bovet, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 26 avril 2018, concluant à son annulation et au maintien de sa rente entière. Elle conteste d'abord les conclusions du Dr E._____, regrettant que l'expert ait procédé comme si elle n'avait jamais été atteinte dans sa santé et n'examine dès lors pas l'évolution de ses troubles. Elle estime également que l'expertise ne possède pas de valeur probante pour d'autres motifs, notamment en raison du fait que l'expert n'ait pas eu le recul suffisant pour poser un diagnostic scientifique, emporté qu'il l'a été par le sentiment d'un manque de sincérité de la recourante. Elle rappelle ensuite s'être plainte, au stade des objections, d'abord d'avoir été l'objet d'une mesure de surveillance illicite, dont elle demande la mise à l'écart, puis d'une violation par l'OAI de son secret de fonction par la remise au détective privé de données sur sa situation médicale.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 Le 29 mai 2018, l'assurée s'acquiesce de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 7 juin 2018, l'OAI propose le rejet du recours, se référant aux considérants de sa décision. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures entre les parties. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement

atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris en cas de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique – troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie compris – suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. 3. 3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge 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. 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 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 3.2. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent 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 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 3.3. La surveillance est l'ensemble des actes par lesquels un contrôle suivi est exercé sur quelqu'un ou quelque chose. Dans le contexte des assurances sociales, il s'agit de la surveillance ou de l'observation de personnes assurées, respectivement de comportements ou d'activités permettant de tirer des conclusions sur l'état de santé et/ou la capacité de travail de l'intéressé (MOSER-SZELESS, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale in SZS 2013 129 p. 135). Selon la jurisprudence, contrairement aux faits constatés par un médecin, une observation menée par un détective privé n'apporte qu'une perception indirecte de la capacité de travail effective. En conséquence, seule une évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1; arrêt TF 8C_434/2011 du

E. 5.1

Il y a lieu d'abord de vérifier si les résultats de la surveillance peuvent être exploités en procédant à la pesée des intérêts en présence.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 La recourante soutient non seulement que cette mesure est illicite, mais qu'elle est le fruit d'une infraction pénale, l'OAI ayant donné au détective des informations précises sur sa situation médicale, violant son secret de fonction (art. 33 LPGA et 87 al. 4 LAVS). Cependant, les quelques informations transmises au détective (sur le plan médical, il s'agissait uniquement d'une liste de cinq limitations fonctionnelles) étaient ici limitées au strict nécessaire pour lui permettre de comprendre l'objet et l'étendue de sa mission. On rappellera aussi que, en sa qualité d'auxiliaire de l'assurance sociale, celui-ci est soumis à l'obligation de secret de l'art. 33 LPGA (cf. MEIER/STAEGGER, La surveillance des assurés (assurances sociales et assurances privées) état des lieux, in Jusletter du 14 décembre 2009, www.iusletter.ch). Il n'y a dès lors manifestement pas eu violation du secret de fonction. Par contre, à ce stade, la Cour relève que l'on est bien en peine de déterminer les motifs ayant conduit l'OAI à mettre en place une mesure de surveillance. Le rapport est uniquement précédé de pièces en lien avec l'entretien que l'assurée a eu à l'OAI le 23 janvier 2017, soit la convocation à l'entretien, le procès-verbal de celui-ci ainsi que ses annexes, alors que les autres pièces sont toutes bien antérieures (dossier OAI, p. 179ss). L'on peut, dès lors, se poser la question de savoir si la présente mesure de surveillance serait conforme au nouvel art. 43a LPGA, laquelle impose que l'assureur dispose d'indices concrets avant de lancer une observation secrète d'un assuré. Cependant, cette nouvelle base légale n'étant pas applicable au présent cas, cette question peut demeurer ouverte. On constate, au demeurant, qu'il est probable que l'OAI avait des soupçons sur le fait que la recourante exerçait une activité dans le magasin appartenant à son époux, bien que ceux-ci ne soient pas établis. Il s'agissait d'une surveillance très ciblée, en particulier quant à son objet: le comportement d'une personne dans un lieu précis. Cela n'aurait pas pu être autant précis en l'absence de soupçons concrets. Il incombera à l'autorité intimée de s'assurer que, dans le futur, de tels renseignements figurent au dossier d'une manière qui satisfasse au nouvel art. 43a LPGA. Au final, la Cour constate que l'observation a duré cinq jours ouvrables répartis sur deux semaines de janvier 2017, soit durant une période peu étendue. Elle a porté sur le comportement et les actes de la recourante dans des endroits publics tels que la rue et l'intérieur du magasin de son époux, sans s'étendre à d'autres lieux. Le détective s'est contenté d'observer la recourante dans des lieux librement observables (cf. ATF 137 I 327 consid. 5.6). Dans ces circonstances, si la mesure de surveillance constitue une atteinte à la vie privée de la recourante, celle-ci ne saurait être considérée comme grave. L'on doit, en effet, constater qu'elle s'est tenue sur une période restreinte, en des lieux librement observables et très limités. On peut également relever que la procédure d'espèce ne viole pas la garantie à un procès équitable (art. 6 CEDH) dès lors que la décision contestée ne se base pas uniquement sur ce rapport (cf. consid. 5.2 ci-après) et que possibilité a été donnée à la recourante de se déterminer à son propos. Les intérêts publics, en particulier la prévention de la fraude à l'assurance et, en fin de compte, la bonne gestion des fonds publics, prévalent donc sur les intérêts privés de sorte qu'il est admissible d'exploiter les résultats de la surveillance.

E. 5.2

Dans la mesure où le rapport de surveillance n'apporte qu'une perception indirecte de la capacité de travail effective de la recourante, c'est à juste titre que la décision de l'OAI ne se fonde pas directement sur celui-ci, mais sur les conclusions du Dr E._____.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 Ce dernier a rendu un rapport d'expertise du 2 novembre 2017 et un complément du 23 mars 2016. Dans ces deux rapports, l'expert fait état des

diagnostics non invalidants de "trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive (dd : Episode dépressif majeur récurrent) de gravité légère à moyenne", d'"éventuel ESPT", d'une "non ou mauvaise observance au traitement (Quétiapine et Trittico)" et d'une "personnalité histrio-limite sub-décompensée". Selon lui, depuis janvier 2017, l'assurée est en mesure de travailler 8 heures par jour, sans baisse de rendement, dans une "activité simple, répétitive comme ouvrière ou tout simplement comme femme de ménage" (dossier OAI, p. 219 et 316). Les conclusions de l'expert se fondent tant sur l'étude du dossier asséurologique – dont fait partie le rapport de surveillance – que sur un entretien avec l'assurée le 23 août 2017. A cette occasion, l'assurée a pu décrire ses troubles et ses difficultés, notamment son impossibilité à avoir du plaisir ainsi que ses envies d'en finir avec la vie. Pour sa part, même s'il admet que "l'état clinique est difficile à préciser", l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assurée, en présence d'un interprète indépendant, constatant une certaine discordance entre les plaintes d'une personne qui se déclare "incapable de faire quoique ce soit" mais demeure quand même apte à "parfaitement tenir son ménage". Son examen s'appuie, en outre, sur des tests psychométriques et des examens paracliniques, ces derniers démontrant une compliance médicamenteuse partielle, contraire aux déclarations de l'assurée. L'expert motive dûment ses conclusions. Par exemple, sur le plan diagnostique, il conclut à l'existence d'un "trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive, de gravité légère à moyenne (dd : épisode dépressif majeur récurrent)", en lien avec la remise en question du droit à la rente. Pour aboutir à ce diagnostic, il constate être face à une "assurée plaintive, démonstrative, au comportement hystérisé et qui exerce une forte pression sur l'expert pour démontrer qu'elle est très mal et ne peut rien faire", mais qu'il y a une non-observance partielle au traitement, qu'elle a été en mesure de retourner vivre au Portugal entre 2002 et 2012 sans qu'il soit évoqué d'hospitalisation ou de tentative de suicide et que, depuis son retour en Suisse, elle "peut mener à bien toutes ses tâches ménagères et s'occuper de ses enfants". Il rattache la variation de la symptomatologie dépressive non à un diagnostic de dépression mais à la personnalité "histrio- limite" de l'assurée et à "l'importance des bénéfices secondaires, l'assurée souhaitant manifestement retrouver ses prestations de l'AI". Quant à la problématique de la capacité de travail, l'expert procède à une appréciation prenant en compte les critères mentionnés par la jurisprudence. Par exemple, il constate qu'il "existe une très mauvaise cohérence entre le dossier médical et l'appréciation des personnes extérieures à la situation". Il relève une forte discordance entre les déclarations d'une assurée se déclarant presque totalement limitée, mais que la surveillance démontre "présente à plusieurs reprises au magasin et sortie manger au restaurant avec une connaissance", ainsi qu'une assurée qui affirme "prendre quotidiennement son traitement" alors que les examens paracliniques mettent en évidence une compliance incomplète. Certes, la Cour doit suivre la recourante lorsqu'elle se plaint de ce que l'expert ne dise "pas un mot sur le ou les faits qui se seraient passés et qui justifieraient une amélioration de l'état de santé de la recourante justifiant la suppression d'une incapacité de travail". De tels éléments ne sont en effet pas explicites dans les différents rapports. Cependant, l'on comprend que l'expert évoque implicitement différentes hypothèses qui auraient pu conduire ou aider l'amélioration de l'état de santé. On pense, par exemple, au fait que les événements traumatisants sont désormais anciens (antérieurs à 2000), à ce que l'assurée est retournée plusieurs années dans son pays d'origine ou

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 à ce qu'elle s'est vu octroyer une rente durant une longue période. Bien qu'il soit regrettable que l'expert ne soit pas plus explicite sur ce point, ce

grief ne remet pas en cause ses conclusions. C'est donc au terme d'une étude circonstanciée des points litigieux et sur la base d'exams complets, prenant en considération l'anamnèse et les plaintes, que l'expert conclut, de manière détaillée et motivée, à l'existence d'une amélioration de la capacité de travail, celle-ci étant désormais considérée comme complète.

E. 5.3

Les conclusions du Dr E._____ ne sont pas remises en cause par les autres médecins interrogés.

E. 5.3.1

Début 2017, l'assurée a été hospitalisée au sein de K._____ dont les médecins diagnostiquent un "épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques avec idéation suicidaire" et des "troubles de l'adaptation, réaction aiguë à un facteur de stress, trouble des émotions et des conduites" (rapport du 16 mars 2017; dossier OAI, p. 264 et 279). Cependant, ils mettent ces diagnostics en lien avec une "réaction aiguë à un facteur de stress, risque de perdre la rente de l'AI pour suspicion de fraude, enquête en cours". Cela va dans le sens des conclusions de l'expert, soit que l'incapacité de travail n'est pas fondée sur une atteinte à la santé, mais à des facteurs extra-médicaux – en l'occurrence la fin de versement d'une rente – qui ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité. Les médecins n'attestent au demeurant d'aucune incapacité de travail postérieure à l'hospitalisation.

E. 5.3.2

Quant à la Dresse G._____, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, celle-ci retenait initialement des "troubles dépressifs persistants", un "retard mental léger" et des probables "séquelles d'une psychose infantile" (consid. 4). Depuis 2014, elle diagnostique une "psychose paranoïde (séquelles très probablement d'une psychose infantile)", une "débilité mentale légère", un "état dépressif sévère récurrent" et une "ménopause à complication". Elle indique que sa patiente a vécu une situation traumatisante et vit, depuis, des décompensations dépressives graves, toujours avec des vellétés suicidaires fluctuations de l'humeur avec tristesse constante, un état dépressif sévère. Elle relève également une limite du point de vue intellectuel. Selon elle, sa patiente demeure toujours dans l'impossibilité de reprendre le travail. On précisera que la psychiatre conteste les conclusions du Dr E._____ qu'elle considère, en substance, être influencées par des stéréotypes et des aprioris mensongers envers sa patiente (dossier OAI, p. 158 et 283). Cependant, il apparaît que la psychiatre traitant semble méconnaître les pièces du dossier ou en faire une interprétation libre. Par exemple, elle indique que sa patiente a "remplacé la vendeuse quelques heures dans le magasin de son mari" alors qu'il ressort du rapport de surveillance que, non seulement, l'assurée était (souvent seule) dans le magasin durant quatre matins et un jour complet, mais s'est également chargée de l'ouverture, a donné des instructions à des tiers et a servi de la clientèle (dossier OAI, p. 188). De même, il apparaît que la doctoresse fonde son appréciation essentiellement sur les dires de sa patiente, lesquels, on l'a vu, peuvent être clairement mis en doute en présence d'une tendance à l'exagération. A cet égard, la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient. Pour ce motif, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 C'est, au demeurant, ce que souligne le Dr E._____ lorsqu'il est interrogé sur la pertinence des rapports de la psychiatre. Il souligne ainsi que

celle-ci n'a manifestement, "pas accès à l'ensemble du dossier et des pièces médicales qui s'y trouvent. Elle n'amène aucun élément objectif, si ce n'est qu'elle tend à prendre fait et cause pour sa patiente, d'ailleurs en ne prenant manifestement aucune distance avec ses propos. Cela tend à démontrer que la [doctoresse] se trouve dans un mandat de traitement. Autrement dit, faisant le postulat de sincérité de son patient, ce que l'on ne saurait lui reprocher" (dossier OAI, p. 315).

E. 5.3.3

Pour sa part, la Dresse L. _____, spécialiste en médecine interne générale, ne rend pas l'existence d'une incapacité de travail convaincante. Celle-ci semble estimer que l'incapacité de travail est essentiellement limitée par les problèmes d'ordre psychique (dossier OAI, p. 164, 184 et 292). On l'a vu, l'opinion de la généraliste est contredite par l'expert-psychiatre dont il convient de privilégier les conclusions en tant que spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Néanmoins, la Dresse L. _____ estime que sa patiente est également limitée en raison de "lombalgies, pour lesquelles elle suit de façon intermittente des traitements par physiothérapie" et de "gonalgies, bilatérales, mais prédominantes à d[roite]". Celles-ci n'ont pas fait l'objet d'investigations par l'autorité intimée. Elles ne sont cependant pas autant sérieuses que semble le prétendre la généraliste. En effet, l'assurée ne consulte pas de spécialiste pour ces problèmes. En outre, alors que, en 2000, l'ancien généraliste traitant prescrivait, en sus d'une physiothérapie, des AINS (dossier OAI, p. 42), ceux-ci ont été stoppés entre-temps. L'actuelle généraliste ne prescrit plus de traitement médicamenteux contre ces douleurs (dossier OAI, p. 186 et 219), ce qui indique l'existence d'une amélioration sur ce plan. Celle-ci semble confirmée par les observations du détective privé qui constate que l'assurée est en mesure de porter des cartons et des sacs en papier (dossier OAI, p. 188). Dans ces circonstances, l'on doit considérer, à tout le moins, que les troubles orthopédiques ne se sont pas péjorés depuis 2000. L'on peut donc se référer aux limitations qu'évoquait l'ancien généraliste traitant et retenir que l'assurée est en mesure d'exercer une activité légère permettant l'alternance des positions (dossier OAI, p. 42). Enfin, la généraliste atteste de la présence de problèmes urinaires "avec vessie instable, pour lesquelles elle doit subir régulièrement l'injection de toxine botuliniques". Cependant, l'urologue consulté par la recourante atteste qu'ils n'ont qu'une incidence marginale sur la capacité de travail, sous la forme d'une baisse de rendement, laquelle peut être limitée par un "accès aisé [aux] WC" (dossier OAI, p. 308). Cette problématique ne contre-indique donc pas l'exercice d'une activité adaptée.

E. 5.4

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'état de santé de l'assurée s'est manifestement amélioré depuis l'octroi initial de la rente. Celle-ci est, désormais, en mesure de travailler à temps plein, sans perte de rendement, à tout le moins dans une activité légère, permettant l'alternance des positions et avec un accès facilité aux toilettes. La Cour ayant été en mesure de statuer en l'état de dossier, il convient de ne pas donner du suite favorable aux propositions de preuves déposées par la recourante (audition de la Dresse G. _____, de la Dresse L. _____ et du Dr E. _____). S'agissant d'une assurée qui n'a pas annoncé – voire tu – le fait qu'elle travaillait, la question du droit à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel ne saurait se poser, quand bien même elle a perçu une rente entière depuis plus de 15 ans. Au vu du dossier de la cause, l'on ne saurait, au demeurant, exclure ni que l'absence de longue durée du marché du travail soit liée à des motifs

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 extra-médicaux (cf. arrêt TF 9C_819/2014 du 19 juin 2015 consid. 4), ni que l'assurée soit encore, à tout le moins partiellement, intégrée dans la vie économique (cf. arrêt TF 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3). C'est dès lors, à juste titre, que cette question n'a pas été examinée. 6. Dans la décision litigieuse, l'OAI a considéré que l'assurée était "apte à travaille[r] à 100% dans toute activité de [son] choix adaptée à [ses] compétences et à [sa] motivation". Cette conclusion ignore, cependant, que la recourante souffre également de troubles somatiques qui limitent le choix des activités adaptées. Il appartenait donc à l'OAI de procéder à la comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité de son assurée, ce qui pourrait justifier un renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision avec comparaison des revenus. Il convient néanmoins de prendre en considération l'intérêt de la recourante à obtenir sans délai une décision finale dans cette procédure. Pour ce motif, la Cour procède elle-même à la comparaison des revenus. 6.1. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Cependant, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer. Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Le revenu nettement inférieur peut alors justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 %. En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). 6.2. En règle générale, le revenu hypothétique 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. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 6.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni

et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n° U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, 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. 5). 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 (art. 16 LPG), 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 la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). 7. 7.1. Selon les déclarations de l'ancien employeur, l'assurée avait obtenu un salaire de CHF 39'971.45 en 1998, dernière année complète de travail à temps plein (dossier OAI, p. 39; cf. ég. extrait du compte individuel, dossier OAI, p. 36). Ce montant peut être retenu mais doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 50'747.80, indices de 105.8253 pour 1998 et 134.3559 pour 2017 si 100 en 1993, cf. OFS, T1.93 Indice des salaires nominaux 1993-2017, Femmes). Ce montant est inférieur au salaire moyen qu'aurait obtenu une employée sans formation active dans les branches économiques 31-33, qui comprennent les autres industries manufacturières,

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014). En effet, celui-ci correspond à CHF 51'912.- annuellement (TA1_Skill level, branches 31-33, niveau de compétences 1, femmes), montant qui doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 53'307.05, indices de 102.9054 pour 2014 et 105.6708 pour 2017, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 31-33 Autres industries manufacturières; réparation et installation) et à la durée usuelle du travail de 41.6 heures par semaine (CHF 55'439.35, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Autres industries manufacturières;

rép. et inst.). Pour 2017, le revenu statistique dans les autres industries manufacturières serait de CHF 55'439.35, soit un montant supérieur de 9.24% au salaire de 1998 adapté à l'évolution des salaires nominaux. Si l'on ne peut pas exclure que la recourante se soit contentée d'un salaire modeste, la parallélisation n'a en l'espèce aucune influence sur son droit à la rente. Partant, l'on peut augmenter les CHF 50'747.80 de 4.24% (9.24%-5%), ce qui aboutit à un montant de CHF 52'901.95, retenu comme revenu de valide. 7.2. Quant au revenu d'invalidé, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 4'300.-, soit CHF 51'600.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon l'ESS 2014 (TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, femmes). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes de la recourante dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que la recourante ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence influençant manifestement le revenu auquel elle pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 52'491.20, cf. statistique OFS, Indice suisse des salaires par secteur [salaires nominaux], Femme) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017 (CHF 54'722.10, indices de 132.0748 pour 2014 et 134.3559 pour 2017 si 100 en 1993, cf. OFS, T1.93 Indice des salaires nominaux 1993-2017, Femmes). Au vu de la capacité de travail résiduelle de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 54'722.10. 7.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 52'901.95) et d'invalidé (CHF 54'718.75) qu'il n'y a aucune perte de gain. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a supprimé la rente. On précisera que, même s'il était tenu compte d'une réduction supplémentaire maximale de 25% au titre de désavantage salarial, laquelle n'a en l'espèce pas lieu d'être, le degré d'invalidité demeurerait bien inférieur au minima de 40% (22%).

E. 8

Partant, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 24 janvier 2019/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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