



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 57

605 2018 58

Arrêt du 2 avril 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffier-stagiaire : Federico Respini

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité - suppression de l'allocation pour impotence
Recours du 5 mars 2018 contre la décision du 26 janvier 2018

considérant en fait

A. A. _____, née en 1964, mère d'une fille, souffre, depuis plusieurs années, d'une incontinence urinaire de stress de degré III avec insuffisance urétrale sévère résultant probablement des séquelles d'un cancer du col de l'utérus.

Elle présente également, au plan psychique, un trouble dépressif récurrent.

Elle bénéficie d'une rente entière d'invalidité accordée en 2002.

Ce droit à la rente entière a encore été confirmé à plusieurs reprises, la dernière fois en septembre 2017, à l'issue d'une procédure en révision d'office qui n'a laissé entrevoir aucune amélioration de son état de santé mais, au contraire, l'apparition dans le milieu des années 2010 de nouvelles atteintes.

Entre 2013 et 2015, elle avait en effet encore été atteinte d'un héli-syndrome gauche partiellement régressif ainsi que d'un syndrome parkinsonien iatrogène, en rémission toutefois.

B. Une allocation pour impotence de degré moyen lui avait également été octroyée en 2002.

Elle avait également été confirmée à plusieurs reprises.

Elle a toutefois été supprimée par décision du 26 janvier 2018, à la suite d'une nouvelle instruction, laquelle aurait laissé apparaître que les conditions de la reconnaissance d'une impotence moyenne n'étaient, contrairement à celle de la rente d'invalidité, plus réalisées, cette dernière ne pouvant aujourd'hui même plus se prévaloir d'une aide à l'accompagnement pour se vêtir, faire sa toilette, aller aux toilettes ou se déplacer, soit l'un des quatre actes ordinaires de la vie dans l'accomplissement desquels elle avait à l'époque été considérée comme empêchée.

Durant cette procédure, l'assurée avait demandé à ce que ses frais de défense soient pris en charge au titre de l'assistance juridique gratuite, ce qui lui a été refusé, le refus étant confirmé par la Cour de céans saisie à l'époque une première fois, qui avait également rejeté la requête d'assistance judiciaire pour la procédure de recours (605 2017 254 + 255).

C. Représentée par son avocat Me Jean-Louis Duc, A. _____ interjette le 5 mars 2018 un recours contre la décision de suppression, concluant avec suite d'une indemnité de partie à son annulation et, partant, au maintien de son droit à l'allocation fondée sur un degré d'impotence moyen. L'OAI se serait, selon elle, fondé sur un rapport d'enquête à son domicile qui ne constituerait toutefois qu'une simple appréciation nouvelle des empêchements causés par son état de santé. Lequel serait demeuré inchangé, n'occasionnant du reste aucun « besoin d'accompagnement » au sens de la loi, mais nécessitant bien plutôt une aide permanente réelle pour accomplir certains des actes ordinaires de la vie. Les conditions, partant, d'une révision-suppression de son droit à l'allocation ne seraient pas ouvertes, ni même celles de la reconsidération de la décision d'octroi de dite allocation.

Ayant requis le bénéfice de l'assistance judiciaire totale, aucune avance de frais ne lui a été demandée.

Dans ses observations, l'OAI propose le rejet du recours.

Pour autant que cela soit utile à la solution du litige, il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

en droit

1.

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante, représentée par sa sœur et tutrice, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

Selon l'article 42 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent.

2.1. Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI).

Selon la jurisprudence (cf. ATF 124 II 247, 121 V 90 consid. 3a et les références), les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines:

1. se vêtir et se dévêtir;
2. se lever, s'asseoir, se coucher;
3. manger;
4. faire sa toilette (soins du corps);
5. aller aux toilettes;
6. se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, établir des contacts).

Si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228, 1986 p. 507; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [ci-après: CIIAI] dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2012, ch. 8013).

2.2. Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à la santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3 LAI).

Selon l'art. 38 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), un tel besoin d'accompagnement existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à sa santé:

- a. vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne;
- b. faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne;
- c. éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur.

2.3. Le droit à l'allocation en raison d'un accompagnement ne se limite pas aux personnes atteintes dans leur santé psychique ou mentale. Il est tout à fait envisageable que d'autres handicapés puissent également faire valoir un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. C'est notamment le cas des personnes souffrant de lésions cérébrales (I 211/05 et I 661/05) (ch. 8042 CIIAI). Le but du législateur, lorsqu'il a instauré cet accompagnement, était de compenser les problèmes que connaissent les malades psychiques. Il a donc été depuis étendu aux personnes atteintes de lésions cérébrales organiques ou de toute autre atteinte cognitive (cf. dans ce sens ch. 8047.2 CIIA).

2.3.1. Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450; arrêt 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2). Il n'est pas nécessaire qu'elle soit assurée par du personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

2.3.2. L'accompagnement doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts (en l'emmenant par exemple assister à des manifestations; ch. 8052 CIIAI).

Il est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ch. 8053 CIIAI et ATF 133 V 450 consid. 6.2).

2.3.3. Si la personne assurée nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI).

3.

L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

3.1. L'impotence est moyenne, selon l'art. 37 al. 2 RAI, si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (au moins quatre; ch. 8009 CIIAI);

b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente;

c. ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

3.2. L'impotence est faible, selon l'art. 37 al. 3 RAI, si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie;

b. d'une surveillance personnelle permanente;

c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré;

d. de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux;

e. ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

3.3. Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2; ch. 8011 CIIAI).

Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ch. 8026 CIIAI).

4.

Selon l'art. 17 al. 2 LPG, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

4.1. Lorsque les conditions de la révision ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 52 al. 3 LPGA.

4.1.1. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 117 V 17 consid. 2c et les arrêts cités). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc).

4.1.2. Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n°28 p. 158 consid. 3 c).

5.

Est en l'espèce litigieuse la suppression de l'allocation pour impotent de degré moyen.

La recourante considère en substance que les conditions n'étaient pas réunies pour prononcer une telle décision.

L'OAI soutient le contraire.

Il s'agit en l'espèce de revenir sur le dossier constitué au nom de cette dernière.

5.1. *Atteinte à la santé*

La recourante, caissière en grande surface née en 1964, a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 10 septembre 2001 (dossier AI, pièce 7).

5.1.1. Elle indiquait souffrir au départ d'une incontinence urinaire, liée à une problématique gynécologique pour laquelle elle avait été opérée plusieurs années auparavant (cancer et ablation du col de l'utérus, [dossier AI pièce 20, 180]) : « *Elle souffre depuis 1998 d'une incontinence urinaire. Celle-ci était initialement peu invalidante, avec seulement de petites pertes à l'effort. Elle s'est fortement aggravée après une annexectomie bilatérale en décembre 2000, avec de grosses pertes au moindre effort et une incontinence nocturne, et n'a pas été améliorées par deux TVT, la première en février et la seconde en avril de cette année. Elle se plaint également de douleurs du bas ventre, à type de pesanteur, aggravées au Valsalva et notamment lorsqu'elle doit aller à selle ou pousser pour uriner. (...) Le handicap est important. On a dû poser un cystofixe mais celui-ci s'est infecté et elle procède maintenant elle-même à des auto-sondages, en particulier la nuit. Elle n'a pas pu reprendre son activité professionnelle cette année* » (rapport du 27 septembre 2001 du Dr B. _____, spécialiste FMH en neurologie, dossier AI, pièce 21).

A côté de cela, elle aurait aussi développé un état dépressif allant s'aggravant : « *Il y a par ailleurs un état dépressif depuis 4 ans, majoré ces derniers mois* » (rapport précité).

Etat psychique attesté par le psychiatre traitant, le Dr C. _____, qui paraissait dresser un tableau médical global : « *Dépression récurrente. Trouble somatiques importants concernant la vessie* » (rapport du 5 novembre 2001, dossier AI, pièce 20).

Ce dernier relevait par ailleurs aussi la présence de difficultés familiales : « *problèmes familiaux importants dans sa famille d'origine (suicide d'un frère) et dans sa famille* ».

Dans ce contexte tout particulier, l'assurée présentait encore des douleurs occasionnées par des cervicarthroses, probablement majorées : « *Les images radiologiques du rachis cervical montrent une discrète arthrose C5-C6 banale pour l'âge. La scintigraphie osseuse ne montrait pas de captation pathologique qui orienterait vers un rhumatisme inflammatoire ou une maladie infiltrative. Je n'en ai du reste pas d'argument cliniquement. Je crains que ce trouble douloureux chronifié rachidien ne s'inscrive dans le cadre d'un contexte dépressif qui est sans doute réactionnel à la maladie de sa fille et à son status après hystérectomie précoce pour récurrence d'un carcinome in situ alors qu'elle désirait d'autres enfants. J'ai suggéré qu'elle prenne du Seropram à titre d'essai thérapeutique et qu'elle vous en parle en lui expliquant les cercles vicieux des douleurs chronifiées qui peuvent abaisser le seuil à la douleur* » (rapport du 21 janvier 2000 de la Dresse D. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, dossier AI, pièce 21).

5.1.2. Une rente entière lui a été octroyée le 13 février 2002 (dossier AI, pièce 41).

Parallèlement à cela, son droit à l'allocation pour impotence a aussi été examiné.

5.2. *Conditions, à l'époque de l'octroi d'une allocation pour impotence moyenne*

Aucune enquête domiciliaire n'avait toutefois été organisée.

5.2.1. Les seules déclarations de l'assurée avaient en effet été prises en compte, qui exposait notamment avoir besoin d'une aide pour s'habiller, pour se laver et se brosser les cheveux, pour se baigner (à cause des pansements), pour se laver le corps (procéder à une hygiène stricte et se désinfecter), pour aller aux toilettes (invoquant là son incontinence totale et son besoin d'être sondée plusieurs fois par jour), pour se déplacer à l'extérieur (en raison de ses vertiges nécessitant un accompagnement nécessaire), ainsi que pour établir des contacts avec l'entourage (demande du 11 février 2002, dossier AI, pièce 37).

Elle disait disposer de l'aide de son mari, de sa fille ainsi que de sa propre mère.

Une surveillance personnelle était selon elle notamment justifiée par ses pertes de mémoire, ses vertiges et sa forte dépression.

Cela, de jour comme de nuit.

Elle resterait d'ailleurs alitée 17 heures par jour.

5.2.2. A côté de ces seules indications, l'avis de la seule médecin de famille avait été demandé, qui ne faisait toutefois que rapporter le diagnostic des atteintes connues, précisant encore au passage la présence de « *douleurs extrêmes de la paroi vaginale à vif, incontinence totale* » (rapport du 8 février 2002 de la Dresse E. _____, dossier AI, pièce 36).

5.2.3. C'est dans ces conditions qu'une allocation pour impotence de degré moyen lui a également été octroyée, le 5 mars 2002.

Il n'est pas interdit de penser que sa demande secondaire n'avait alors pas fait l'objet d'une instruction très poussée, au vu du contexte global présenté par une assurée dont le droit à la rente entière n'était pas discuté.

6.

Le droit à l'allocation a, cela étant, par la suite été confirmé à plusieurs reprises, toujours dans le cadre de la révision du droit à la rente entière, également confirmé.

6.1. *En 2003*

Ainsi, tout d'abord le 4 mars 2003 (dossier AI, pièce 52).

Les médecins interrogés, urologue, psychiatre et médecin de famille, indiquaient tous que l'état de santé était stationnaire (dossier AI, pièces 49, 50 et 51).

Le premier précisait que la « *situation était probablement définitive* », le deuxième réservait son pronostic, envisageant une « *évolution durable sans évolution du status* », la troisième étant du même avis (« *pronostic mauvais* »).

Seule cette dernière indiquait encore, par la seule apposition d'une croix sur un formulaire, que l'assurée avait besoin de l'aide régulière d'un tiers pour accomplir les gestes quotidiens de la vie, ce tiers étant expressément désigné comme étant sa mère (dossier AI, pièce 51).

Le psychiatre indiquait pour sa part « non », et l'urologue ne se prononçait pas sur cette question.

6.2. *En 2004*

Par décision du 5 juillet 2004, le droit à l'allocation était confirmé une nouvelle fois, après le changement de domicile de l'assurée.

Aucune instruction particulière n'avait alors été menée.

6.3. *En 2007*

Le 21 juin 2006, la recourante remplissait un nouveau formulaire (dossier AI, pièce 65).

Elle annonçait les mêmes limitations et le même besoin d'aide régulière pour les mêmes actes signalés quatre ans plus tôt, précisant toujours nécessiter l'aide permanente de son mari, de sa fille et de sa mère.

Elle ne resterait toutefois alitée plus que 16 heures par jour, soit une heure de moins que ce qui était le cas à l'époque.

Les trois médecins interrogés continuaient à juger son état stationnaire (dossier AI, pièce 73, 75 et 76).

En revanche, tous indiquait désormais, par l'apposition d'une croix sur le formulaire, et même le médecin de famille, que l'aide régulière de tiers n'était pas requise pour les gestes quotidiens.

Cette dernière précision allait ainsi clairement à l'encontre des déclarations de la recourante.

Pour autant, aucune instruction plus poussée n'avait alors été menée sur cette question.

Et le droit à l'allocation pour impotence de degré moyen avait encore été confirmé, le 22 mai 2007 (dossier AI, pièce 81).

6.4. En 2011

Une nouvelle révision a été introduite d'office en 2011, elle concernait tout à la fois le droit à la rente et à l'allocation pour impotence.

La recourante était alors suivie par un nouvel urologue, qui ne faisait pourtant pas état de limitations particulières au quotidien, précisant tout au plus, dans son diagnostic, la pratique d'auto-sondage (rapport du Dr F. _____ du 29 août 2011, dossier AI, pièce 110).

Pour sa part, le psychiatre continuait à juger l'état de santé stationnaire et préciser que l'aide d'un tiers n'était pas requise pour les gestes quotidiens (dossier AI, pièce 106).

La médecin de famille n'avait à cette époque pas été entendue.

Le droit à l'allocation fut confirmé le 14 septembre 2011, sans autre mesure d'instruction (dossier AI, pièce 112).

7.

Durant l'été 2013, l'état de santé de la recourante a subi des modifications.

7.1. En février 2013, le nouveau médecin de famille, le Dr G. _____, indiquait que l'état de santé était demeuré stationnaire (dossier AI, pièce 114).

Mais il relevait pour sa part que sa patiente avait besoin d'une aide régulière d'autrui pour accomplir les gestes du quotidien, précisant que cela était le cas depuis 2005.

7.2. Durant l'été 2013, la recourante a été hospitalisée une dizaine de jours, en raison d'un hémisyndrome sensitivo-moteur à gauche.

Le rapport de sortie signalait alors une *« patiente de 49 ans qui est admise suite à des paresthésies de l'hémicorps gauche, des céphalées et un trouble de la vision. Au status, nous objectivons un hémisyndrome sensitivomoteur facio-brachio-crural gauche. Un CT-scan ne met pas en évidence une atteinte ischémique ou hémorragique. A l'IRM, nous constatons de multiples zones hypersignalées qui parlent en faveur d'une maladie démyélinisante motivant une ponction lombaire. Le résultat de l'électrophorèse des protéines reste en cours. La patiente sera revue à la consultation pour la suite de la prise en charge. Sur le plan ophtalmologique, une névrite optique rétrobulbaire reste probable. Néanmoins, le fond d'œil reste dans la norme des deux cotés. L'évolution est favorable sous corticothérapie »* (dossier AI, pièce 148).

Il faisait en outre remarquer que *« la symptomatologie pourrait être des migraines sans « aura » ainsi qu'une atteinte fonctionnelle chez une patiente psychologiquement vulnérable »*.

8.

En avril 2015, la recourante a rempli un nouveau formulaire pour l'allocation (dossier AI, pièce 123), à l'origine de l'instruction qui conduira à la suppression contestée.

8.1. Déclarations de l'assurée

Elle indiquait en substance que ses besoins d'une aide régulière n'avaient guère changé, précisant toutefois que l'aide quotidienne lui était désormais dispensée par sa fille, son beau-fils, sa maman,

ainsi qu'une infirmière. Elle annonçait en effet un changement dans sa situation personnelle, depuis le divorce d'avec son mari en juillet 2013.

Elle précisait encore que pour se vêtir, se lever et s'asseoir et se coucher, l'aide lui était dispensée 2 fois par jour.

8.2. Observations médicales

8.2.1. Un nouveau psychiatre, le Dr H. _____, laissait entendre que l'impotence n'était pas en lien avec l'atteinte psychiatrique mais qu'il fallait se référer sur ce point aux avis des spécialistes en gynécologie et urologie.

Le besoin d'une aide régulière devait ainsi, selon lui, se jauger à l'aune des problèmes causés par ces seules atteintes (dossier AI, pièce 125).

Pour le médecin de famille, les indications sur l'impotence données par sa patiente correspondaient au tableau médical.

8.2.2. Le spécialiste neurologue Dr I. _____, qui avait déjà suivi la recourante en 2001, annonçait pour sa part à cette époque un épisode parkinsonien : *« Je constate à l'examen clinique un syndrome parkinsonien et d'autres signes neurologiques probablement séquellaires à l'épisode de l'été 2013. Le syndrome parkinsonien est iatrogène (Entumme) jusqu'à preuve du contraire : l'effet du neuroleptique peut persister plusieurs mois et je me propose de la revoir ultérieurement pour m'assurer qu'il a bien disparu. Si tel n'était pas le cas, il faudrait évoquer une maladie de Parkinson ou un autre syndrome parkinsonien. Une manifestation de cette possible sclérose en plaques serait beaucoup moins probable »* (rapport du 11 mars 2015, dossier AI, pièce 148).

La situation serait toutefois revenue à la normale à la fin de l'été 2015, le spécialiste suggérant que la manifestation des symptômes pouvait avoir eu une origine psychique : *« les signes parkinsoniens ont quasi disparu à part l'hypomimie et la diminution de la gestuelle qui pourraient relever aussi de son état dépressif »* (rapport du 18 août 2015, dossier AI, pièce 149).

Le 17 mai 2017, il précisait encore : *« Je n'ai personnellement pas attesté d'incapacité de travail. Je n'ai pas revu la patiente mais lors de ma dernière consultation le 18.08.2015, il n'y avait pas d'incapacité de travail, en raison d'une affection neurologique »* (dossier AI, pièce 166).

8.2.3. Le nouveau psychiatre signalait plutôt, à tout le moins, une amélioration des angoisses : *« L'état de la patiente n'a pas gravement évolué au fil des derniers mois. Il y a une amélioration en ce qui concerne les angoisses, en revanche la thymie reste effondrée avec un vide affectif jusqu'à abrasement des affects et anesthésie affective, avec un ralentissement psychomoteur et des effets cognitifs de la dépression avec une certaine latence des réponses, appauvrissement de la pensée et des associations »* (dossier AI, pièce 168).

Il semblait mentionner la présence de facteurs sociaux et relationnels: *« La patiente présente des effets cognitifs de la dépression avec appauvrissement de la pensée, ralentissement, émoussement, jusqu'à abrasement des affects, anergie, anxiété sociale, ainsi qu'une rigidité adaptative très importante, aussi du point de vue relationnel »* (dossier AI, pièce 169).

Il indiquait, cela étant, que l'état ne suscitait pas une aide régulière pour accomplir les gestes du quotidien (dossier AI, pièce 168).

8.3. *Rapports d'enquête domiciliaire*

Ce n'est qu'à partir de ce moment-là que l'OAI est allé visiter son assurée pour l'entendre.

8.3.1. Un premier rapport du 3 mars 2016 remet en cause, pour la toute première fois et dans le détail, les déclarations de la recourante (dossier AI, pièce 163), niant tout besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires suivants de la vie.

- Ainsi, « *elle prétend être bloquée par des douleurs abdominales consécutives à diverses opérations. Elle ne peut se pencher en avant ou se plier pour mettre ses chaussettes et le bas de ses habits. C'est donc son beau-fils qui viendrait tous les matins très tôt dès 6h du lundi au vendredi et ferait 25 km pour l'aider à l'habiller le bas de son corps notamment également pour ses bas de contention. Pour les deux jours restant c'est son ami qui le ferait. Le soir elle peut se déshabiller sans aide. Pour les habits du haut de son corps pas d'empêchement* ».

Cela ne correspondrait toutefois pas à la réalité médicale et paraîtrait même « invraisemblable » : « *Du point de vue médical : le gynécologue déclare qu'il n'y a pas de problème spécifique mis à part une incontinence suite à une intervention chirurgicale et qu'il est d'avis qu'elle est autonome dans les actes de la vie et pour son ménage. Quant à l'urologue, il déclare qu'il n'y a pas de diagnostics qui ont un effet sur sa capacité de travail outre le fait que notre assurée doit se sonder plusieurs fois par jour. Au vu du dossier médical, il nous semble invraisemblable qu'elle nécessite de l'aide de son beau-fils chaque matin sachant qu'elle peut conduire s'occuper de sa mère et de sa fille. Acte pas reconnu* ».

- Pour s'asseoir et se coucher, « *elle n'a pas de problèmes dans cet acte pouvant marcher et conduire son véhicule. La nuit elle est seule et peut donc se coucher sans aide* ».

- Pour manger, « *elle aurait juste de la difficulté à couper certains aliments durs. Toutefois cela n'est pas important et régulier* ».

- Pour faire sa toilette, « *elle peut, après que la morphine fasse effet, se laver les dents et se laver la figure. Par contre selon ses dires elle nécessite de l'aide pour entrer et sortir de la baignoire planche de bain avec siège et laver son dos. Aide qui serait faite par son beau-fils qui viendrait tous les matins de bonne heure l'aider à se laver et se vêtir... (...) au vu du dossier médical l'acte n'est pas reconnu* ».

- Pour se déplacer, « *cet acte ne peut être retenu, en effet notre assurée se déplace en voiture seule. Il n'y a pas d'empêchement pour sa mobilité* ».

- Le besoin d'un accompagnement durable était enfin également nié : « *Notre assurée aurait une femme de ménage ne pouvant exécuter ses tâches chez elle... Toutefois sa fille déclare par l'intermédiaire de son avocat que sa mère doit l'aider à l'accomplissement des tâches ménagère chez elle... Elle prétend devoir être accompagnée par sa mère 84 ans pour se rendre auprès de certains de ses médecins. Toutefois elle se rend seule prendre sa mère depuis son domicile. De plus elle se mettra en ménage en juin prochain auprès de son ami, démontrant donc qu'elle possède des ressources* ».

L'enquêteur se disait tout de même prêt à reconnaître de l'aide pour un seul des actes ordinaires, mais cette aide lui paraissait, là encore, plutôt invraisemblable :

- Pour aller aux toilettes, « *Parfois elle a des fuites d'où les protections qui sont gérées avec l'aide de son beau-fils... ???? Cela nous semble invraisemblable qu'elle ne puisse pas le faire elle-même. Toutefois nous devons prendre en considération cet acte vu que c'est une manière inhabituelle pour aller aux toilettes* ».

8.3.2. Un second rapport d'enquête, daté du 27 avril 2017 (dossier AI, pièce 170), va dans le droit sens du premier rapport.

Avec deux différences toutefois.

Premièrement, que l'aide permanente pour s'habiller et se laver, jugée toujours aussi invraisemblable, serait aujourd'hui dispensée par son ami et non plus son beau-fils.

Deuxièmement, que l'aide pour aller aux toilettes est même désormais également niée : « *Sondage 4 à 5 fois par jour faite par l'assurée. Parfois elle a des fuites d'où les protections qui était géré avec l'aide de son beau-fils ...???? Cela nous semblait invraisemblable qu'elle ne puisse pas le faire elle-même. Du reste, depuis qu'elle vit avec son ami, elle n'a plus d'aides. Selon 8021 CIIAI lorsqu'il est nécessaire d'utiliser au moins six fois par jour un cathéter pour vider la vessie, on est en présence d'une manière inhabituelle de faire ses besoins. Les conditions pour reconnaître cet acte ne sont donc pas remplies* ».

L'enquête finissait notamment par observer que : « *Notre assurée est à même de structurer ses journées en décidant ce qu'elle veut faire : soit aller auprès de sa mère ou de sa fille. Son ami fait le ménage, elle peut collaborer aux tâches ménagères. Elle peut préparer des plats simples, elle gère sa médication et son agenda. Du reste sa fille déclare que sa mère donc notre assurée vient l'aider dans ses tâches ménagères. De plus maintenant qu'elle vit avec son ami, une obligation de réduire le dommage existe. Toutefois il semble que s'il y a une aide, elle ne soit pas importante et régulière. Elle se rend seule auprès de son infirmière en psychiatrie et du reste plus qu'une seule fois par mois pour un entretien dans un lieu public (rayon de son infirmière). Elle peut se rendre auprès de sa mère ou auprès de sa fille, soit 30 à 40 km en voiture seule. Elle fait les commissions avec son ami, se rend seule auprès de son coiffeur. Il semble qu'elle ait des ressources puisqu'elle a pu se trouver un ami et se mettre en ménage avec lui. Il semblerait que notre assurée aye plus besoin d'une présence que d'un accompagnement* ».

9.

L'examen du dossier fait clairement supposer que, au départ, l'allocation pour impotence moyenne a été octroyée parce qu'un statut d'invalidé avait été reconnu à l'assurée en raison de ses atteintes urologique et psychique jugées pleinement invalidantes (cf. 5.2.3.).

9.1. Le besoin d'une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou d'un accompagnement permanent qu'était censé couvrir l'allocation pour impotent n'a pas fait l'objet d'un examen sérieux, reposant sur les seules déclarations de l'intéressée, malgré la présence de signes de facteurs extra-médicaux (problèmes de famille) pouvant expliquer une mobilisation manifestement excessive de l'entourage, jugée plus tard « invraisemblable », alors même que la situation médicale n'avait pourtant pas véritablement évolué.

Par la suite, le droit à l'allocation a été confirmé sans véritable examen de la situation, ni lecture attentive, apparemment, des rapports médicaux, la totalité des médecins considérant après l'année 2004 que l'état de santé ne requérait plus aucun besoin d'aide (cf. 6.3).

Seul le nouveau médecin de famille semblait le penser, mais ce ne fut toutefois qu'en 2011, pour préciser que ce besoin d'aide ne remontait qu'à l'année 2005 (cf. 7.1.), soit au moment même où tous les médecins concernés à l'époque disaient donc le contraire.

Il apparaît ainsi clairement que les conditions d'une reconsidération de la décision de l'octroi de l'allocation sont ouvertes, tant on peut douter de l'existence, et ceci dès le départ, d'un tel besoin d'aide, que les différents médecins n'ont jamais été amenés à expliciter, et dont l'ampleur peut certainement paraître « invraisemblable » au vu de certaines des explications données par la recourante (aide régulière du beau-fils), explications s'accordant au demeurant assez peu avec certaines des constatations objectives (conduite automobile).

Tout cela, manifestement, aurait dû faire l'objet d'une vérification bien plus tôt, pour ne pas laisser s'installer la conviction, chez une assurée fragile psychologiquement, qu'elle était non seulement invalide, mais encore impotente.

9.2. Cela étant, le besoin d'aide tel qu'allégué par cette dernière paraît être devenu moins important dès le moment où elle a pu refaire sa vie, de sorte que les conditions de la révision-suppression de cette prestation sont au moins remplies depuis 2016.

A partir de ce moment, les indications de la recourante ne correspondent par ailleurs plus du tout aux observations, ni du neurologue, ni du psychiatre, pour lequel un besoin d'aide permanent n'est pas réalisé.

Il paraît plausible que cela soit aussi à cette période que le rapport d'assistance entre la recourante et sa mère, désormais octogénaire, se soit inversé (cf. 6.1. et 8.3.1).

Si l'on peut tout au plus considérer une aggravation de l'état de santé entre 2013 et 2015, celle-ci possiblement apparue dans un contexte de séparation et de perte du soutien du mari, il ne pourra jamais être établi que cette péjoration a créé dans les faits les conditions de la reconnaissance d'une impotence de degré moyen, ce risque étant alors précisément déjà couvert.

9.3. Quoi qu'il en soit, l'amélioration de l'état de santé constatée à la fin de l'année 2015 va dans le sens d'une amélioration globale de la situation qui pousse à penser, là encore, que les conditions de la révision étaient remplies à partir de ce moment-là, en ce qui concerne du moins le droit à l'allocation pour impotent.

Il s'agit en effet de relever que le droit à la rente n'est pour sa part pas remis en cause.

10.

Il découle de ce qui précède que le recours, manifestement infondé, est rejeté.

10.1. Compte tenu de la situation personnelle de la recourante, plus encore que de son indigence matérielle, au sujet de laquelle manquent des renseignements détaillés, la Cour de céans renonce à percevoir des frais de justice (art. 129 let. a CPJA).

10.2. Selon l'art. 142 du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée

lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

10.3. Au vu de tout ce qui a été dit, l'on ne peut que retenir que le recours était d'emblée dénué de toutes chances.

La lecture complète du dossier conforte ainsi la Cour de céans dans la position qu'elle avait déjà exprimée en rejetant un premier recours déposé dans le cadre de cette affaire.

L'on peut considérer aujourd'hui que les conditions de l'octroi d'une assistance judiciaire ne sont pas remplies dans le cas d'une assurée qui ne pouvait ignorer qu'elle avait bénéficié d'une prestation accordée à tout le moins à la légère, allant notamment à l'encontre des faits dans la mesure où elle n'a cessé de conduire et de se déplacer sans aucune limitation depuis des années, contrairement à ce que ses indications non vérifiées pouvaient laisser penser, un statut d'impotence ne sachant très probablement se justifier dans de telles conditions.

la Cour arrête :

- I. Le recours 605 2018 57 est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire totale 605 2018 58 est également rejetée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- 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 2 avril 2019/mbo

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :