

considérant en fait

A. A. _____, née en 1951, domiciliée à B. _____, mariée et mère de 5 enfants, souffre depuis 1996 d'épicondylite aux deux coudes ainsi que de différents problèmes de dos et s'est retrouvée hémiplégique suite à un accident vasculaire cérébral en 2007.

Elle est au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2000 et d'une rente entière depuis le 1^{er} août 2002. Elle perçoit également une allocation pour impotent de degré moyen depuis le 1^{er} juin 2009 ainsi qu'une contribution d'assistance depuis le 1^{er} juin 2012 et a reçu divers moyens auxiliaires.

Le 25 mai 2015, elle a demandé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) de pouvoir bénéficier de nouveaux moyens auxiliaires.

Par décisions du 19 octobre 2015 et du 12 janvier 2016, elle a obtenu un fauteuil roulant électrique, un fauteuil roulant manuel ainsi que deux rampes pour les transferts dans le train et dans la voiture.

Par décision du 24 juin 2016, l'OAI a également pris en charge divers frais d'aménagement de son domicile.

Par décision du 26 août 2016, l'OAI lui a octroyé une contribution forfaitaire de CHF 8'000.- aux frais d'acquisition d'un lift d'escaliers à siège. Il a précisé que les coûts d'un lift d'escaliers à siège pouvaient être intégralement pris en charge lorsque ce moyen auxiliaire servait à effectuer le trajet pour se rendre au travail, à l'établissement d'une formation professionnelle ou scolaire ou s'il permettait d'accomplir les travaux habituels et a estimé qu'aucune de ces conditions n'était remplie en l'espèce.

A défaut d'avoir été attaquées par la voie du recours, toutes ces décisions sont entrées en force.

B. Par courrier du 3 décembre 2017, A. _____ a implicitement demandé la prise en charge du montant total d'un lift d'escaliers. Elle a indiqué que, pour accéder à sa chambre à coucher ainsi qu'à sa salle de bain, elle a besoin d'un escalator qui prenne la courbe, car les huit dernières marches de l'escalier sont en colimaçon.

Par projet de décision du 4 décembre 2017 puis décision du 31 janvier 2018, l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur sa nouvelle demande. Il a rappelé que, par décision du 26 août 2016, la prestation sollicitée avait été refusée sur la base du chiffre 13.05 de l'ordonnance du 29 novembre 1976 du Département fédéral de l'Intérieur concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI; RS 831.232.51), mais qu'une contribution forfaitaire de CHF 8'000.- avait été octroyée sur la base du chiffre 14.05 OMAI. Il a considéré que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification notable de sa situation professionnelle ou médicale, raison pour laquelle il n'entrait pas en matière.

C. Contre cette décision, A. _____ interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 2 mars 2018, concluant à l'annulation de la décision querellée et à la reprise de l'évaluation des équipements pris en charge par l'AI à son domicile en tenant compte de la dimension professionnelle de son travail dans l'accompagnement de sa fille handicapée et à une modification notable de sa situation médicale.

Le 12 mars 2018, la recourante a versé une avance de frais de CHF 400.-.

Dans ses observations du 28 août 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle souligne qu'elle a déjà statué sur la même demande dans sa décision du 26 août 2016 et que celle-ci se fondait sur la prise de position du 23 août 2016 de l'enquêtrice, laquelle retenait que le lift d'escaliers n'apportait pas une amélioration de 10 % dans l'exercice des travaux habituels. Compte tenu de ces éléments, les conditions du chiffre 13.05 OMAI n'étaient pas remplies. Elle précise que, dans le cadre de sa nouvelle demande, la recourante n'amène aucun élément nouveau, postérieur à la décision du 26 août 2016, permettant de rendre plausible une modification de sa situation avec effet sur son droit aux prestations AI. Elle relève enfin que la demande de l'assurée s'apparente plutôt à une demande de reconsidération sur laquelle elle n'entend pas davantage entrer en matière.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants. D'après la jurisprudence, l'art. 87 al. 3 et 4 RAI [actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI] s'applique par analogie aux prestations de réadaptation. Par conséquent, lorsqu'une telle prestation a été refusée, une nouvelle demande ne doit être examinée que si l'assuré rend plausible que la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer ses droits (arrêt TF I 472/2000 du 29 janvier 2001 consid. 1a et les références citées; ATF 109 V 119 consid. 3a).

Conformément à l'art. 8 al. 3 let. d de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), l'octroi de moyens auxiliaires fait partie des mesures de réadaptation.

2.2. Dans le cadre d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration s'est refusé à entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI [actuellement 87 al. 3 RAI] et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (cf. arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références citées).

3.

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a rendu plausible une modification de sa situation avec effet sur son droit aux prestations depuis la dernière décision du 26 août 2016.

3.1. La Cour de céans constate tout d'abord que, dans sa nouvelle demande du 3 décembre 2017, la recourante indique uniquement qu'elle doit monter un escalier en colimaçon pour se rendre dans sa chambre à coucher et dans sa salle de bain. Ces éléments ne sont manifestement pas nouveaux par rapport à la précédente décision. En outre, même si elle mentionne que "*la montée à pied est depuis mars 2017 une vraie torture*", elle n'a produit aucun moyen de preuve à l'appui de sa demande et n'a pas déposé d'objections suite au projet de décision du 4 décembre 2017. Ce n'est que dans le cadre de son recours qu'elle a annexé plusieurs documents. Or,

conformément à la jurisprudence susmentionnée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué.

Cela étant, il convient de souligner qu'aucun des documents produits à l'appui du recours ne rend plausible une modification de la situation depuis la décision du 26 août 2016. En effet, les pièces relatives à l'accompagnement de sa fille (annexes 2, 3 et 4) décrivent le travail de la recourante, mais ne font pas état d'un éventuel changement depuis le 26 août 2016. Il en est de même en ce qui concerne la situation médicale. Le rapport du 1^{er} mars 2018 du Dr C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (annexe 5), atteste une aggravation significative de l'état de santé depuis 2013 déjà, le rapport du 19 février 2018 du Dr D. _____, spécialiste en neurologie (annexe 6), retrace l'évolution de la situation depuis 2007 et le courrier du 28 décembre 2017 du Réseau santé de E. _____ (annexe 7) fait référence à la situation actuelle sans indiquer s'il y a eu un changement par rapport à une situation antérieure.

Compte tenu de ces éléments, l'autorité intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, au motif que cette dernière n'avait pas rendu plausible que la situation de fait s'était modifiée de façon à influencer ses droits. Le recours doit dès lors être rejeté, en tant qu'il remet en cause cette appréciation.

3.2. En réalité, au vu de l'ensemble de ses écritures, la recourante ne motive pas tant sa demande par de nouveaux éléments de fait survenus depuis la décision du 26 août 2016 que par des arguments relatifs au bien-fondé initial de cette dernière, dont elle demande ainsi la reconsidération. Elle estime en effet que sa demande doit être réévaluée en tenant compte de la dimension professionnelle de son travail dans l'accompagnement de sa fille handicapée et de l'évolution de sa situation médicale en général.

Il est vrai que, selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées). Il n'existe toutefois pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice (ATF 117 V 12 consid. 2a).

En l'espèce, l'autorité intimée n'étant pas entrée en matière sur la demande de la recourante, ses conclusions sont irrecevables dans la mesure où elles tendent à la reconsidération de la décision du 26 août 2016. En outre, dans ses observations du 28 août 2018, l'autorité intimée a clairement indiqué qu'elle n'entendait pas reconsidérer sa décision.

Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée.
- III. 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 18 décembre 2018/meg

Le Président :

La Greffière-rapporteuse :