



**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

608 2019 289

Arrêt du 23 avril 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Yann Hofmann
Greffier-stagiaire : Florian Demierre

Parties

A. _____, **recourante**, représentée par Me Charles Guerry,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; allocation pour impotent, refus d'entrer en
matière

Recours du 4 novembre 2019 contre la décision du 4 octobre 2019

considérant en fait

A. A._____, née en 1964, domiciliée à B._____, a travaillé depuis 1984 en qualité d'ouvrière auprès de l'entreprise C._____ SA sise à D._____. Elle a été déclarée médicalement incapable de travailler à compter du 28 octobre 1998 et n'a depuis lors plus repris d'activité lucrative.

Une première demande de rente a été déposée le 15 octobre 1999 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en lien avec une fatigue généralisée et des douleurs affectant l'ensemble de sa musculature et de ses articulations.

Par décision du 21 janvier 2000, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée avec effet au 1^{er} octobre 1999. Le droit à la rente entière sera confirmé les 21 février 2001 (taux d'invalidité inchangé), 14 juin 2004 (taux d'invalidité nouvellement fixé à 100%) et 18 septembre 2007 (taux d'invalidité inchangé), aux termes de procédures de révision successives.

Une première demande d'allocation pour impotent a été déposée le 11 juin 2003.

Par décision du 14 juin 2004, l'OAI a accordé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible avec effet au 1^{er} janvier 2004. Le 18 septembre 2007, l'office lui a alloué une allocation pour impotent de degré moyen.

B. Par décision du 18 décembre 2015, l'OAI a supprimé l'allocation pour impotent dont bénéficiait l'assurée, motif pris que l'assurée n'avait plus besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ni d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ou d'une surveillance personnelle permanente. L'office s'était alors essentiellement fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr E._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le rapport d'expertise rhumatologique de la Dresse F._____, médecin spécialiste en rhumatologie, ainsi que sur le rapport d'enquête ménagère du 17 juin 2015.

Le 30 août 2017, l'office a supprimé la rente entière d'invalidité dont bénéficiait l'assurée, en application des Disp. Fin 6a LAI. L'office a alors en effet considéré que les diagnostics qui étaient à l'origine du droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et qu'ils ne pouvaient dès lors fonder une incapacité de travail durable.

Par arrêts du 16 avril 2018, entrés en force de chose jugée, le Tribunal de céans rejeta le recours déposé à l'encontre de la décision du 18 décembre 2015 en matière d'allocation pour impotent (608 2016 14) et admis partiellement le recours dirigé contre la décision du 30 août 2017 relative à la rente et aux mesures de nouvelle réadaptation (608 2017 230).

Le 30 mai 2018, l'OAI a décidé de maintenir le versement de la rente entière d'invalidité durant les mesures de nouvelle réadaptation mais au plus tard jusqu'au 31 octobre 2019. A ce titre, un stage de préparation à une activité professionnelle a été organisé auprès de l'institution G._____ à B._____ du 25 septembre au 23 décembre 2018.

L'assurée a toutefois été déclarée incapable de travailler à compter du 2 octobre 2018 et a été hospitalisée à H._____ du 11 au 31 octobre puis du 8 novembre au 7 décembre 2018.

Par décision du 17 janvier 2019, l'OAI a interrompu les mesures de nouvelle réadaptation avec effet au 2 octobre 2018 et décidé de cesser le versement de la rente, conformément à sa décision du 30 août 2017, avec effet au 30 novembre 2018.

C. En date du 17 juin 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, en alléguant que son état de santé se serait sensiblement péjoré.

Par décision du 4 octobre 2019, l'OAI, faisant siennes les conclusions de son service médical régional (SMR), s'est refusé à entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotent de l'assurée.

D. Contre la décision précitée, A. _____, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours le 4 novembre 2019 auprès de la Cour de céans, en concluant à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'ordre soit donné à l'autorité intimée d'entrer en matière sur la nouvelle demande et de procéder aux investigations médicales nécessaires. En substance, elle allègue, en se fondant sur des rapports médicaux de ses médecins traitants, que son état de santé s'est péjoré sur les plans somatique et psychique depuis la décision de suppression de l'allocation pour impotent du 18 décembre 2015.

Dans ses observations du 21 novembre 2019, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, sans se déterminer plus avant.

Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures.

E. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en 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.

Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, 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 (au sens de l'art. 17 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA; RS 830.1) est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Lorsqu'il dépose une nouvelle demande, l'assuré doit ainsi rendre plausible une modification notable des faits déterminants influant sur le droit aux prestations (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2).

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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées); le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, *in* RSAS 47/2003 p. 395).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une 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; à 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, ce dernier 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 a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2 et les références citées).

Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit la prestation d'assurance (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3; 133 V 108 consid. 5.3).

Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI; l'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel 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, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi; ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations 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 (cf. arrêt TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2 et les références citées).

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, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. *ibid.*; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1); des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1).

C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêts TF 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

3.

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son impotence susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI.

3.1. La dernière décision ayant procédé à un examen matériel du droit à l'allocation pour impotent litigieuse de l'assurée est celle du 18 décembre 2015.

L'OAI avait alors supprimé l'allocation pour impotent dont bénéficiait l'assurée, en application des Disp. Fin 6a LAI. Il avait considéré, en s'appuyant essentiellement sur le rapport d'expertise psychiatrique du 7 avril 2015 du Dr E. _____ (dossier AI pce p. 282 à 305), et sur le rapport d'expertise rhumatologique du 13 mars 2015 de la Dresse F. _____ (dossier AI pce p. 268 à 280) que les diagnostics qui avaient ouvert le droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et qu'ils ne pouvaient dès lors fonder une incapacité de travail durable. Les experts n'avaient retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et avaient considéré que, sur le plan médico-théorique, l'assurée présentait une capacité de travail entière dans toute activité. Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, l'experte-rhumatologue avait noté une fibromyalgie, un syndrome cervico-brachial chronique, une myogélose bilatérale des muscles trapèzes ainsi qu'un syndrome lombo-vertébral chronique et l'expert-psychiatre retient des troubles dissociatifs (de conversion), sans précision (F44.9), une somatisation (F45.0) et une dysthymie (F34.1). Le rapport d'enquête ménagère du 17 juin 2015 n'avait retenu aucun besoin d'aide.

3.2. Les documents médicaux suivants ont pour l'essentiel été produits depuis lors:

- La lettre de sortie du 5 juillet 2018 de la Dresse I. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a fait état d'une première hospitalisation de l'assurée à J. _____ de H. _____ du 5 juin au 4 juillet 2008.

- Le certificat médical du 2 octobre 2018 du Dr K. _____, médecin spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, qui a ordonné un arrêt de travail du 2 au 31 octobre 2018 pour cause de maladie.

- Le certificat médical du 14 novembre 2018 de la Dresse L. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a fait état d'une hospitalisation de l'assurée à H. _____ à partir du 8 novembre 2018.

- La lettre de sortie du 16 novembre 2018 de la Dresse M. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu les diagnostics suivants: « *F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen; F45.40 Syndrome douloureux somatoforme persistant; F61 Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité. Traits dépendants et passifs-agressifs; F13.2 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques: syndrome de dépendance. Dépendance aux benzodiazépines; M79.70 Fibromyalgie: sièges multiples* ».

- Le rapport médical du 20 novembre 2018 de la Dresse N. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitante de l'assurée, qui a estimé que « *les symptômes dépressifs se sont aggravés (idées suicidaires fréquentes), en plus des états de dissociations plus fréquents et sévères (troubles de conversion F44.7)* ».

- La lettre de sortie du 27 décembre 2018 de la Dresse O. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a noté les facteurs de crise suivants: « *Départ en vacances de sa psychiatre; perte de sa rente AI après 14 ans de rente, avec sentiment de non reconnaissance de sa maladie* ». Elle a posé les diagnostics de: « *F13.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques: Syndrome de dépendance. Dépendance aux benzodiazépines; F60.7 Personnalité dépendante avec des traits anxieux et abandonniques* ».

sévères; F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques idées suicidaires scénarisées; F45.40 Syndrome douloureux somatoforme persistant ».

- La prise de position du 18 février 2019 du Dr P._____, médecin spécialiste en anesthésiologie, du SMR, qui a estimé qu'il n'existait aucun fait médical nouveau avec effet durable sur la capacité de travail médico-théorique exigible.

- Le rapport d'évaluation du 23 janvier 2019 de dame Q._____ de R._____, qui a relevé que l'assurée nécessitait l'aide d'autrui pour divers actes ordinaires de la vie et ne pouvait pas être laissée seule.

- Le rapport médical du 26 février 2019 de la Dresse N._____ qui a attesté d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis novembre 2018. Elle a retenu un trouble dépressif grave (F32.2) et un trouble de personnalité mixte (F 61) résistant au traitement.

- L'attestation du 27 février 2019 du Dr K._____ qui a noté une aggravation de l'état de santé de sa patiente.

- Le courrier du 28 mars 2019 du Dr K._____ qui a relevé que sa patiente marchait avec un déambulateur et exposé que les « *douleurs qui existaient auparavant se sont nettement péjorées en raison d'une dysautonomie de plus en plus importante et en raison d'un état psychiatrique qui a nécessité une hospitalisation à H._____* ».

- Les prises de position des 1^{er} et 17 avril 2019 du Dr P._____ qui a exposé que « *la Dresse N._____, psychiatre traitante de l'assurée, décrit un épisode dépressif réactionnel à la tentative de mesures de réadaptation professionnelle. Un épisode dépressif réactionnel est un phénomène aigu. Sous traitement, il se résout en quelques mois selon l'expérience clinique et la littérature médicale. La situation médicale sera à réévaluer en cas de persistance d'un épisode dépressif incapacitant au-delà d'une année* ». Il a considéré que les rapports des Drs N._____ et K._____ ne rendaient pas plausible une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée.

- Le courrier du 3 septembre 2019 de l'infirmière S._____ de R._____ qui a notamment relevé ce qui suit: « *Une personne de son entourage proche reste avec elle de façon constante puisqu'elle a des idées suicidaires régulières et parfois irrépressibles* » (dossier AI pces p. 829 à 846).

- Le rapport médical du 16 septembre 2019 de la Dresse T._____, médecin spécialiste en rhumatologie, médecin traitante de l'assurée, qui a noté ce suit: « *D'après la patiente, la situation s'est péjorée. Marche max. 15 minutes avec déambulateur, marche diminuée. [...] Actuellement, la patiente a de l'aide à domicile 2x/semaine, l'aide est pour la douche et l'habillement. La patiente est aidée par sa belle-fille pour l'habillement et la médication* ». Elle a précisé à deux reprises qu'elle ne pouvait pas se déterminer sur l'évolution de son état de santé avant 2019 (dossier AI pce p. 825 à 828).

- La prise de position du 2 octobre 2019 du Dr P._____ qui a noté que le rapport de U._____ se bornait à relever les handicaps allégués ou montrés par l'assurée (dossier AI pce p. 850).

3.3. Appelée à statuer sur la question litigieuse de l'impotence de la recourante, la Cour de céans constate tout d'abord qu'aucun élément médical objectif ne démontre une aggravation de son état de santé sur les plans physique ou relatif au trouble somatoforme. L'unique péjoration médicalement constatée est d'ordre strictement psychique, à savoir l'épisode dépressif sévère

réactionnel. De plus, aucun médecin n'a attesté que la recourante nécessitait une surveillance permanente pour des raisons de sécurité. Si tel devait être le cas, elle devrait d'ailleurs être hospitalisée.

La recourante fait valoir que les Drs K. _____ et T. _____ ont noté que les troubles constatés en 2015 s'étaient exacerbés et que les dames des soins à domicile qui s'occupent d'elles ont retenu qu'elle avait besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie et ne pouvait pas être laissée seule. Ces constatations doivent toutefois être fortement relativisées.

Tout d'abord, en avançant que le Dr K. _____ « *releva notamment qu'en raison d'une péjoration des troubles physiques, [l'assurée] doit désormais utiliser un déambulateur pour ses déplacements* » ou que la Dresse T. _____ « *attesta que [l'assurée] a besoin d'un déambulateur pour se déplacer et que même avec ce moyen auxiliaire, la marche n'est possible que durant 15 minutes au maximum. Le Service de rhumatologie nota également que [l'assurée] a besoin de l'aide d'autrui pour faire sa toilette, pour se vêtir et se dévêtir, pour se déplacer, pour manger et pour prendre des médicaments* », la recourante détourne le texte des courriers en question à son avantage. Ces médecins ont en effet noté respectivement que « *la patiente [...] marche avec un déambulateur* » et que « *D'après la patiente, la situation s'est péjorée. Marche max. 15 minutes avec déambulateur, marche diminuée. [...] Actuellement, la patiente a de l'aide à domicile 2x/semaine, l'aide est pour la douche et l'habillement. La patiente est aidée par sa belle-fille pour l'habillement et la médication* ». Les formulations utilisées par ces médecins démontrent à l'évidence qu'ils se sont bornés à effectuer des constatations de fait, ainsi qu'à rapporter les plaintes et les déclarations de la recourante. Elles ne sauraient ainsi en aucun cas être considérées comme des appréciations médicales. Il en va d'ailleurs de même des écrits des dames Q. _____ et S. _____, comme l'a constaté le Dr P. _____ dans sa dernière prise de position.

Il sied de souligner encore que les écrits des médecins traitants et infirmières susmentionnés apparaissent par trop succincts et dépourvus de toute motivation médicale, que les dames Q. _____ et S. _____ ne sont pas médecins et que leurs constatations n'ont pas non plus la valeur probante d'un rapport de visite domiciliaire diligenté par l'OAI. Par ailleurs, on ne peut pas s'empêcher de souligner que les courriers du Dr K. _____, de la Dresse T. _____ et de l'infirmière S. _____ ont tous été rédigés à la demande du mandataire de la recourante et lui ont été directement adressés.

Au surplus, il convient de relever que les quatre experts précédemment sollicités dans la présente affaire, à savoir les Drs V. _____, W. _____, E. _____ et F. _____, ont tous souligné l'attitude démonstrative et théâtrale de l'assurée, ainsi que mis en exergue la discordance existant entre les manifestations des atteintes dont souffre l'assurée et leurs constatations ou celles des enquêtrices (cf. arrêt TC 608 2016 14 du 16 avril 2018 consid. 5c). Les trois enquêtes domiciliaires réalisées dans le cadre de la procédure de révision qui avait mené à la suppression de la rente et de l'allocation pour impotent avaient d'ailleurs abouti à des résultats très différents, selon que l'enquêtrice avait été plus ou moins influencée par le comportement de l'assurée, comme l'a expressément retenu le Tribunal de céans (arrêt TC 608 2016 14 du 16 avril 2018 consid. 5c p. 11, également consid. 5a et 5b p. 8). Or, dans la première de ces enquêtes notamment, l'on constate que l'assurée se plaignait déjà des mêmes limitations que celles constatées par les dames Q. _____ et S. _____.

Il découle de tout ce qui précède que la recourante n'a pas réussi à établir de manière plausible une modification de son état de santé qui pourrait avoir une influence sur son impotence

susceptible d'influencer ses droits. C'est ainsi à bon droit que l'autorité intimée s'est refusée à entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assurée.

- 4.
- 4.1. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.
- 4.2. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant prestée.
- 4.3. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant prestée.
- 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 23 avril 2020/yho

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :