

FR_GERICHTE 605 2020 183 vom 4. Oktober 2021

FR Kantonsgericht, 2021-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_183

FR: FR_GERICHTE 605 2020 183 du 4 octobre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 183 del 4 ottobre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b de la loi 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 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]), et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par une assurée directement touchée par la décision attaquée, dûment représentée et dispensée de l'obligation de verser une avance de frais, le recours est recevable.

E. 2

En réputée invalidité, au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 8 al. 3, 1ère phrase, LPGA, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Tel que défini à la base, le risque "invalidité" comporte deux composantes distinctes et opposées. Les critères sur lesquels se fonde l'évaluation de l'invalidité diffèrent selon que l'on a affaire à une personne exerçant ou n'exerçant pas d'activité lucrative. Dans le premier cas, on tient compte de l'incapacité de gain, laquelle s'évalue sur la base de critères économiques. Dans le second cas, on prend en considération l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, qui résulte d'un examen empirique d'une situation factuelle particulière. Une même atteinte à la santé peut ainsi aboutir à des degrés d'invalidité différents en fonction de la méthode avec laquelle elle est appréciée (ATF 137 V 334 consid. 5.3 et la référence citée). D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut notamment résulter d'une maladie. Par maladie, on entend, au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA, toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19

E. 3

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois

quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. En vertu de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

E. 4

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1; arrêt TF 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

E. 4.1

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées). Concernant la première de ces sous-variantes, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques: le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité) (arrêt TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références citées).

E. 4.2

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels. C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité [RAI; 831.20] et l'art. 8 al. 3 LPGA) (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 Par travaux habituels des assurés travaillant dans le même ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation

des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique, respectivement il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27, 1ère phrase, RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, respectivement art. 27 al. 1 RAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2018). Pour évaluer l'invalidité selon cette méthode, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêt TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références citées).

E. 4.3

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI, 27 RAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI) (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et la référence citée). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références citées; arrêt TC FR 605 2020 204 du 16 juillet 2021 consid. 3.2).

E. 4.4

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; arrêt TF 9C_82/2016 du

E. 9

juin 2016 consid. 3.2; et les références citées). En ce qui concerne l'éducation des enfants, on précisera ici que, selon la jurisprudence en matière de divorce, on est en droit d'attendre du parent se consacrant à la prise en charge de l'enfant qu'il recommence à travailler, en principe, à 50% dès l'entrée du plus jeune enfant à l'école obligatoire, à 80% à partir du moment où celui-ci débute le degré secondaire, et à 100% dès qu'il atteint l'âge de 16 ans révolus (ATF 144 III 481 consid. 4.7.6; arrêt TC FR 605 2020 204 du 16 juillet 2021

consid. 5.3.3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, consacré également à l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4 et les références citées). 6. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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. Il n'existe 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 (arrêts TF 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2; 8C_260/2019 du 23 juin 2020 consid. 3.2; et les références citées). 7. En l'espèce, le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité à appliquer. Pour le résoudre, il convient de déterminer, sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision querellée, ce qu'aurait fait l'assurée – exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux ménagers habituels – si l'atteinte à sa santé n'était pas survenue. 7.1. Situation médicale de l'assurée 7.1.1. Sur le plan somatique, il est constant que le carcinome ovarien, traité par plusieurs chirurgies, chimiothérapies et par médication (Avastin), que l'assurée s'est vu diagnostiquer en 2014, est responsable à lui seul d'une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, attestée médicalement depuis le 26 mai 2014 pour une durée indéterminée (cf. rapports du Dr E. _____, spécialiste en oncologie médicale et médecine interne générale, des 14 mars 2016, 19 juillet 2016 et 19 avril 2017 in dossier AI, pièces 30, 33 et 41; rapport d'expertise oncologique du CHUV du 31 octobre 2019 in dossier AI, pièce 94). La date, fixée au 26 mai 2014, du début de l'incapacité de travail totale résultant de cette seule atteinte oncologique n'est au demeurant pas contestée, à juste titre. 7.1.2. Sur le plan psychique, il est constant que l'assurée souffre de troubles depuis l'âge de

E. 12

ans elle a été placée par le SPJ [Service de protection de la jeunesse du canton de Vaud] au foyer pour enfants de H. _____ en raison de maltraitance. Son père serait alcoolique et souffrirait d'un trouble bipolaire. Elle a été victime d'abus sexuel par son voisin, le père d'une de ses copines et par l'homme chez qui elle faisait du baby-sitting entre 1994 et 1997. Elle a porté plainte en 2003 et un procès a eu lieu en 2008. Les agresseurs ont été reconnus coupables. Soutenue par le SPJ, elle avait commencé un apprentissage de serveuse qu'elle a arrêté au bout de la première année. Puis elle a été prise en charge par I. _____ où elle a fait un apprentissage d'employé de bureau qu'elle a dû interrompre 6 mois à cause d'un état

dépressif. Elle a fini son apprentissage en juin 2004. Elle a accouché d'une petite J. _____ en 2004 issue d'une relation instable avec un homme avec qui elle ne vivait pas. Il a reconnu l'enfant mais ne s'en est jamais vraiment occupée. Suite à cet accouchement elle a fait une dépression postpartum qui a nécessité une hospitalisation au Centre psychiatrique du nord vaudois du 05 au 20 janvier 2005 et elle a dû être réhospitalisée en mars 2006. A partir de 2006 sa fille a été placée en famille d'accueil par le SPJ à sa demande. [L'assurée] a pu la réaccueillir chez elle en 2009. Depuis sa première hospitalisation, [l'assurée] a toujours été suivie en psychiatrie et a toujours eu un traitement médicamenteux. En raison de ses symptômes anxieux et dissociatifs, elle n'a jamais vraiment pu travailler". Le Dr G. _____ explique au sujet de sa patiente que "ses changements de personnalité dus au trouble dissociatif la mettent dans une incapacité totale de travail car elle est incapable de gérer à la fois les stimulus internes (reviviscences traumatiques, parties émotionnelles activées) et les déclencheurs externes (néon par exemple) tout en accomplissant un travail professionnel. Il lui manque pour cela la capacité à gérer des émotions extrêmement intenses ainsi que les troubles attentionnelles majeurs dans un contexte (professionnel) qui peut en plus être vécu comme très menaçant (néon [...]). Elle est donc actuellement totalement incapable de travailler". En définitive, le Dr G. _____ atteste une incapacité de travail totale de sa patiente pour une durée indéterminée à partir de 2009 (date depuis laquelle elle suit un traitement ambulatoire sous sa responsabilité). 7.1.2.2. Dans un rapport ultérieur du 31 août 2017 (signé par ordre par la psychologue F. _____; cf. dossier AI, pièce 45), celle-ci et le Dr G. _____ exposent que leur patiente "a travaillé de 2009 à 2010 à C. _____ et en 2011 à D. _____. Les deux emplois ont été interrompus en raison des symptômes dus à l'état de stress posttraumatique, de son trouble dissociatif et du trouble panique avec agoraphobie. [L'assurée] avait déjà dû interrompre son apprentissage en 2ème année durant 6 mois à cause de ses troubles psychiatriques. Elle a alors dû être hospitalisée durant cette période. (...). [L'assurée] a dû placer sa propre fille en famille d'accueil via le SPJ car ses troubles psychiatriques ne lui permettaient pas de s'occuper d'elle. [L'assurée] a elle-même été placée par le SPJ (canton de Vaud) en foyer depuis l'âge de 12 ans suite à des maltraitances familiales. Elle a depuis ce moment-là été suivie au niveau psychiatrique. [L'assurée] a subi des abus sexuels à répétition entre 1993 et 1997. Les deux agresseurs ont été reconnus coupables par la justice. C'est

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 suite à ces abus sexuels et à la maltraitance familiale que [l'assurée] a développé un trouble dissociatif, un syndrome de stress posttraumatique et un trouble panique avec agoraphobie ainsi que plusieurs épisodes dépressifs sévères". La psychologue F. _____ et le Dr G. _____ estiment que, "en conclusion notre patiente n'a pas pu travailler à 100% comme elle le souhaitait à cause de ses troubles psychiatriques dont elle souffre depuis l'adolescence et non pas à cause de son cancer. Elle a bénéficié durant toutes ses années de l'aide sociale vaudoise. Son cancer l'a encore plus fragilisée mais n'est absolument pas la cause première de son incapacité de travail. [L'assurée] aurait en fin de compte dû demander une rente AI, bien avant, de développer son cancer". En définitive, la psychologue F. _____ et le Dr G. _____ attestent une incapacité de travail totale de leur patiente pour une durée indéterminée à partir de 2004 (date à laquelle elle a été placée dans un foyer et à partir de laquelle elle a été suivie au niveau psychiatrique). 7.1.2.3. Quant à l'expert psychiatre, le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il pose, dans son rapport du 17 octobre 2019 (cf. dossier AI, pièce 94), les diagnostics d'un trouble de la personnalité de type borderline (F60.31), d'une

anxiété généralisée (F41.1) et d'un trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Il explique que "le diagnostic de trouble de la personnalité de type borderline est retenu en présence de troubles survenus dès l'enfance qui ont lourdement pesés sur l'insertion socio-professionnelle de l'expertisée. Formellement, on ne peut pas retenir de diagnostic de syndrome de stress post-traumatique comme l'ont fait ses thérapeutes. Cependant, nous rejoignons leurs appréciations quant à l'impact délétère des traumatismes (maltraitements et abus) sur la construction de la personnalité. A notre avis, les épisodes de déréalisation et dépersonnalisation entrent dans le cadre à la fois des troubles de la personnalité (flou identitaire) et des troubles anxieux (trouble panique)". Il relate que "le diagnostic de trouble panique est retenu en présence des crises d'angoisses paroxystiques accompagnées de manifestations neurovégétatives typiques (...). Enfin, le diagnostic d'anxiété généralisée est retenu en présence d'une anxiété flottante, d'un état de tension, d'une anticipation anxieuse, toutes manifestations principalement liées au statut du cancer". L'expert psychiatre estime que "les troubles de la personnalité entraînent des limitations relationnelles majeures avec une intolérance à la critique et une impossibilité à engager et maintenir des relations stables que ce soit sur le plan professionnel ou affectif. Des troubles anxieux confinent l'expertisée à un isolement social et entraînent parfois des crises incompatibles avec toutes activités". De l'entretien avec l'expertisée, le Dr K. _____ retient notamment que "l'insertion socio-professionnelle par la suite est difficile avec des échecs en raison d'interruptions du travail, crises d'angoisses et dépression. Après un CFC d'employée de bureau obtenu en 4 ans au lieu des deux prévus, l'expertisée n'a jamais pu maintenir un emploi ou une mesure de réinsertion et cela toujours en raison de l'état psychique hautement fluctuant". Il ajoute que, "depuis l'enfance [l'assurée] a été suivie par les intervenants psychosociaux. Elle est suivie en continu en psychiatrie depuis 2005. Les troubles de la personnalité paraissent peu susceptibles d'évoluer malgré un traitement psychiatrique intégré adéquat qui parvient probablement à en contenir les manifestations les plus bruyantes. Sur le plan psychiatrique, le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 pronostic est assombri par la survenue du cancer qui a achevé d'épuiser les ressources adaptatives". En conclusion, le Dr K. _____ estime que, "sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est nulle depuis au moins 2014, moment de la survenue du cancer qui a dépassé les ressources adaptatives déjà fortement restreintes de l'expertisée. La capacité de travail est nulle quelle que soit l'activité envisagée". 7.1.2.4. Réunis en colloque, les experts du CHUV, dont le Dr K. _____, expliquent, dans leur rapport intitulé "appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle)" du 13 novembre 2019 (cf. dossier AI, pièce 95), que "l'expertisée présente des troubles de la personnalité type borderline en présence de troubles survenus dès l'enfance qui ont lourdement pesés sur l'insertion socioprofessionnelle de l'expertisée. Ces troubles de la personnalité épuisent les capacités adaptatives déjà très réduites, qui sont actuellement dépassées dans un contexte oncologique lourd. Le trouble de la personnalité entraîne des limitations relationnelles majeures avec une intolérance à la critique et une impossibilité à engager et maintenir des relations stables, que ce soit sur le plan professionnel ou affectif". Ils arrivent à la conclusion que, "sur le plan psychiatrique, bien que les troubles soient présents depuis de nombreuses années, les limitations fonctionnelles par rapport aux diagnostics psychiatriques sont survenues depuis 2014, moment où le diagnostic du cancer a dépassé les ressources adaptatives déjà fortement restreintes de l'expertisée. Le trouble de la personnalité entraîne des limitations relationnelles majeures avec des difficultés importantes sur le plan professionnel et personnel. L'isolement social, le trouble anxieux, la

personnalité type borderline et le trouble panique avec agoraphobie entraînent des crises incompatibles avec toute activité". En définitive, les experts attestent que "la capacité de travail globale de l'expertisée est nulle tant pour des raisons psychiatriques que pour des raisons oncologiques depuis mai 2014", tout en précisant que, "sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est également nulle depuis au moins 2014, moment de la survenue du cancer qui a dépassé les ressources adaptatives déjà fortement restreintes de l'expertisée".

7.1.2.5. Les résultats de l'expertise pluridisciplinaire ont été soumis au médecin du SMR, le Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie, qui, dans un rapport du 21 novembre 2019 (cf. dossier AI, pièce 96), s'est exprimé ainsi: "le rapport d'expertise de médecine interne, onco- gynécologie et psychiatrie (...) remplit les critères formels de qualité définis par la jurisprudence. (...). Sur le plan psychiatrique, les diagnostics retenus sont concordants avec les données cliniques rapportées et conformes aux critères de la CIM-10. La sévérité des troubles, en particulier du trouble panique avec des crises plusieurs fois par semaine, et leurs conséquences fonctionnelles justifient l'incapacité de travail attestée. Les conclusions sont donc fondées sur ce plan".

7.1.2.6. Dans un rapport complémentaire du 18 décembre 2019 (cf. dossier AI, pièce 99), les experts du CHUV, dont le Dr K. _____, confirment que, "sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est également nulle depuis au moins 2014, au moment de la survenue du cancer qui a dépassé les ressources adaptatives déjà fortement restreintes de l'expertisée, comme déjà mentionné dans l'expertise consensuelle. Les troubles de la personnalité borderline, l'anxiété généralisée et le trouble panique avec agoraphobie avec des crises sont incompatibles avec toute activité. L'ensemble de la symptomatologie de la patiente, somatique et psychiatrique, rendent sa capacité de travail nulle pour toute activité".

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19

7.1.2.7. Un peu plus d'un mois plus tard, dans un rapport complémentaire du 28 janvier 2020 (cf. dossier AI, pièce 102) rédigé à la demande de l'OAI suite à des critiques émises par le médecin du SMR (dans son rapport précité du 21 novembre 2019) ayant trait pourtant au seul volet oncologique de l'expertise, le Dr K. _____, bien que confirmant que "[l'assurée] souffre depuis l'enfance d'un trouble de la personnalité qui entraîne une fragilité psychique, comme en témoignent les réactions dépressives et les hospitalisations en 2003, 2005 et 2006", considère soudainement que "cependant (...) la capacité de travail restait entière (hormis lors des hospitalisations) dans des activités professionnelles ou des formations peu exigeantes sur le plan relationnel. La survenue du cancer en 2014 a débordé les capacités adaptatives et a généré les éléments de comorbidité psychiatrique invalidants, à savoir l'anxiété généralisée et le trouble panique avec agoraphobie".

7.1.2.8. Suite aux objections formulées le 4 mai 2020 par l'assurée (cf. dossier AI, pièce 108) au projet de décision de refus de rente émis le 1er avril 2020 par l'OAI (cf. dossier AI, pièce 104), le Dr K. _____ a été invité une nouvelle fois à prendre position plus précisément sur la question du début de la survenance de l'atteinte invalidante à la santé, ce qu'il a fait dans un ultime rapport complémentaire du 23 juin 2020 (cf. dossier AI, pièce 110): "la lecture attentive du courrier [à savoir des objections] du 04.05.2020 du représentant légal de l'assurée que vous nous avez fait parvenir nous laisse un peu perplexe quant à la question qui nous est posée, portant sur le point litigieux qui serait le début de l'incapacité de travail. En conclusion de son courrier, Me Hichri déclare qu' « en conclusion, une rente entière d'invalidité doit être reconnue à ma mandante depuis le 01.08.2016, soit 6 mois après le dépôt de la demande de prestations ». Cette conclusion ne semble pas être en contradiction avec les nôtres, sur le plan médical, qui aboutissaient à la constatation d'une incapacité de travail complète depuis 2014".

7.1.3. Des rapports

médicaux partiellement retranscrits ci-dessus, il ressort en particulier ce qui suit: L'assurée a développé des troubles psychiques depuis l'âge de 12 ans suite à des maltraitances parentales et à des abus sexuels dont elle a été victime durant son enfance et son adolescence. Depuis là, elle bénéficie d'un suivi psychiatrique. A cause de ses troubles, l'assurée a dû interrompre durant six mois son apprentissage d'employée de bureau qu'elle a accompli en quatre au lieu de deux ans auprès de I. _____, fondation qui œuvre pour l'insertion sociale et professionnelle d'adultes et jeunes adultes en difficulté (https://www.I._____.ch [consulté le 17 septembre 2021]). L'assurée a ensuite effectué plusieurs séjours en hôpital psychiatrique en 2005, 2006 et 2010. Dans l'intervalle, de 2006 à 2009, elle a dû placer en famille d'accueil sa fille dont elle a accouché en 2004, car ses troubles psychiatriques l'empêchaient de s'en occuper. Enfin, les deux dernières activités professionnelles que l'assurée a exercées à temps partiel en 2009-2010 à C. _____ et en 2011 à D. _____ ont été interrompues également à cause de ses problèmes psychiques.

7.1.4. Force est dès lors de constater avec les médecins que l'atteinte à la santé psychique dont souffre l'assurée depuis l'âge de 12 ans a eu – dès le début – un fort impact négatif sur sa vie tant privée que professionnelle, au point qu'elle n'a pu ni pourvoir temporairement à l'éducation de sa fille, ni conserver un emploi stable sur le marché libre du travail, même à temps partiel.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 Plus précisément, si l'on recoupe les conclusions auxquelles aboutissent le psychiatre traitant et l'expert psychiatre dans leurs rapports respectifs précités des 10 février 2017, 31 août 2017,

E. 17

octobre 2019, 13 novembre 2019 et 18 décembre 2019 (lesquels répondent aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante, ce que personne ne conteste), il faut tenir pour établi le fait que la capacité de travail de l'assurée dans son activité d'employée de bureau, de même que dans toute autre activité, est nulle depuis 2014 au plus tard (date du diagnostic de son cancer qui a dépassé ses ressources adaptatives déjà fortement restreintes). Selon le Dr G. _____, cette incapacité de travail totale remonterait à 2009 (date depuis laquelle l'assurée suit un traitement ambulatoire sous sa responsabilité), voire à 2004 (date à laquelle elle a été placée dans un foyer et à partir de laquelle elle a été suivie au niveau psychiatrique). Et ce, indépendamment de la nomenclature des diagnostics retenus (état de stress post-traumatique chronique, trouble dissociatif non spécifié, trouble panique avec agoraphobie et épisodes dépressifs selon le Dr G. _____; trouble de la personnalité de type borderline, anxiété généralisée et trouble panique avec agoraphobie selon le Dr K. _____). 7.1.5. En revanche, on ne saurait se baser sur les seuls rapports complémentaires du Dr K. _____ des 28 janvier 2020 et 4 mai 2020 précités pour exclure l'hypothèse hautement vraisemblable d'une incapacité de travail – partielle ou totale – antérieure à 2014. Cet apparent volte-face de l'expert psychiatre, selon qui la capacité de travail de l'assurée – nonobstant ses troubles psychiques – serait désormais restée entière excepté durant les périodes d'hospitalisation, laisse en effet la Cour dubitative. Il n'est nullement motivé, ne repose sur aucun nouvel élément médical objectif qui aurait été apporté dans l'intervalle et se trouve en porte-à-faux avec les conclusions que l'expert avait lui-même confirmées un mois plus tôt, en décembre 2019. De plus, compte tenu de leur nature, de leur durée et de leur gravité, on peine à croire que les troubles psychiques – qui ont donné lieu à plusieurs hospitalisations – dont souffre l'assurée depuis l'âge de 12 ans n'aient pas eu de répercussions sur sa capacité de travail avant même 2014.

Au demeurant, à bien le lire, le Dr K. _____, lorsqu'il parle d'"activités professionnelles ou de formations peu exigeantes sur le plan relationnel", laisse à penser qu'il doute tout de même de la capacité de travail de l'assurée sur le marché libre de l'emploi s'agissant de la période antérieure à 2014 déjà. 7.1.6. En définitive, sur la base de l'ensemble des renseignements médicaux consignés dans le dossier, la Cour de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail de l'assurée était – en raison de ses troubles psychiques – à tout le moins déjà réduite durant la période antérieure à 2014, moment à partir duquel, au dire des experts, le diagnostic de son cancer a dépassé ses ressources adaptatives déjà fortement restreintes. C'est d'ailleurs au même constat qu'étaient parvenus les juges cantonaux dans leur précédent arrêt (605 2017 276) du 5 février 2019: "ces troubles [psychiques] ont indéniablement eu des conséquences sur sa formation d'abord et son employabilité ensuite, ainsi qu'il ressort des diverses pièces du dossier (interruptions dans la formation suite à des hospitalisations; changement de formation; mesures de l'assurance-chômage). Elle a pu achever son apprentissage d'employée de bureau en 2004, à l'âge de 23 ans, tout en accouchant d'une fille en mai de la même année. Malgré un soutien des services concernés, des stages et emplois divers de durée limitée, elle n'a pas pu intégrer le marché libre du travail, précisément en raison de son état psychique" (consid. 4.1.1.).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 7.1.7. Cela étant, il ne faut pas perdre de vue que, en dépit de ses troubles psychiques bien réels exposés ci-dessus, l'assurée a tout de même réussi à obtenir un CFC d'employée de bureau en 2004 puis à exercer des activités professionnelles salariées, certes temporairement, dont une à mi- temps au service de C. _____ en 2009-2010 et une autre, à temps partiel également, au service de D. _____ en 2011. Ce n'est en effet qu'à partir de 2012 qu'elle a cessé de travailler, le plus probablement en raison de ses problèmes psychiques. Les efforts auxquels l'assurée a consenti à l'époque pour trouver et conserver un emploi – efforts qui s'inscrivaient dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage à l'assurance – laissent dès lors fortement présumer, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une activité d'employée de bureau était raisonnablement exigible de sa part à 50% jusqu'en 2011 au moins. Dans les faits, ce taux d'activité et celui de la capacité résiduelle de travail maximale dont elle disposait semblent ainsi se superposer. Quoi qu'il en soit, la question – à laquelle l'expertise pluridisciplinaire n'a pas donné de réponse claire – de savoir si, durant la période antérieure à 2014, la capacité de travail de l'assurée était déjà nulle ou seulement réduite sur le plan psychique, peut rester ouverte dans la mesure où seul sera décisif le point de savoir, dans l'optique de la détermination de la méthode de calcul du taux d'invalidité, ce qu'aurait fait cette dernière – continuer d'exercer une activité lucrative (et à quel taux) ou accomplir ses travaux ménagers habituels – si elle était en bonne santé. 7.2. Situation personnelle et parcours professionnel de l'assurée 7.2.1. L'assurée, née en 1981, venait d'avoir 39 ans lorsque la décision querellée du 4 août 2020 a été prononcée. Sa fille, prénommée J. _____, née en 2004, était âgée de 16 ans révolus et faisait un apprentissage d'employée de commerce. Durant son enfance et son adolescence, l'assurée a été victime de maltraitances parentales et d'abus sexuels, raisons pour lesquelles elle a développé des troubles psychiques. A l'âge de 12 ans, elle a été placée dans un foyer par le SPJ. Par la suite, l'assurée a commencé un apprentissage de sommelière qu'elle a arrêté après une année. Elle a alors débuté un apprentissage d'employée de bureau, apprentissage chapeauté par I. _____ qui œuvre pour l'insertion sociale et professionnelle d'adultes et jeunes adultes en difficulté et qu'elle a terminé en quatre au lieu de deux ans par l'obtention d'un

CFC en 2004. La même année, peu de temps avant de réussir son CFC, l'assurée a donné naissance à sa fille. Toujours en 2004, ne disposant d'aucun revenu hormis une pension alimentaire de CHF 550.- et des allocations familiales de CHF 230.- par mois pour sa fille (cf. questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage du 22 février 2016 et rapport d'enquête économique sur le ménage du 19 juin 2017 in dossier AI, pièces 25 et 42), elle a élargé à l'aide sociale. Elle en a bénéficié jusqu'en 2015 puis à nouveau dès 2019 (cf. attestation du Service social de la Broye du 15 septembre 2020 produite à l'appui de la requête d'assistance judiciaire).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 L'assurée a séjourné en hôpital psychiatrique en 2005 et 2006. De 2006 à 2009, sa fille a été placée en famille d'accueil car elle n'arrivait plus à s'en occuper. En 2010, l'assurée a effectué un nouveau séjour en hôpital psychiatrique. Dans l'intervalle, elle s'est inscrite au chômage. Elle a occupé différents emplois temporaires jusqu'en 2011, en dernier lieu à mi-temps au service de C. _____ en 2009-2010 et de D. _____ en 2011, à temps partiel également. A partir de 2012, l'assurée a cessé de travailler et a cotisé à l'AVS en tant que personne sans activité lucrative (cf. extrait de compte individuel du 5 février 2016 in dossier AI, pièce 23). En 2014, le corps médical lui a diagnostiqué un cancer des ovaires. En 2016, elle a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations AI pour adultes (cf. dossier AI, pièce 21), laquelle s'est soldée par un refus de rente en 2017 puis 2020. 7.2.2. Cette chronologie des faits permet de constater que, après avoir réussi son CFC d'employée de bureau en 2004, l'assurée a exercé plusieurs activités lucratives à temps partiel jusqu'en 2011, et ce en dépit de ses troubles psychiques. Cela étant, il semble que ce sont ces mêmes troubles qui l'ont empêchée de travailler plus durant cette période, respectivement qui l'ont contrainte à cesser ses deux derniers emplois qu'elle occupait à C. _____ en 2009-2010 et à D. _____ en 2011, comme le relevait d'ailleurs le Dr G. _____ dans son rapport du 31 août 2017 précité: "elle a travaillé de 2009 à 2010 à C. _____ et en 2011 à D. _____. Les deux emplois ont été interrompus en raison des symptômes dus à l'état de stress posttraumatique, de son trouble dissociatif et du trouble panique avec agoraphobie". C'est aussi ce qu'expliquait l'assurée dans ses objections du 7 septembre 2017 (cf. dossier AI, pièce 45) au projet de décision de refus de rente du 27 juillet 2017 (cf. dossier AI, pièce 43): "en effet au moment du diagnostic de cancer, je n'exerçais pas d'activité professionnelle. Toutefois, je tiens à souligner que ce n'est pas parce que je ne veux pas travailler. J'aimerais[s] tellement pouvoir travailler et être autonome financièrement. J'ai d'ailleurs essayé et mis beaucoup d'énergie à le faire. Malheureusement mes troubles psychiques ont eu raison de mes ambitions professionnelles. (...). Comme vous pouvez le lire dans le rapport du Dr G. _____, j'ai eu une enfance et une adolescence difficiles. Mais j'ai toujours voulu m'en sortir. J'ai d'ailleurs fait un apprentissage d'employée de bureau et ai obtenu un CFC. Suite à ma formation, j'ai fait des recherches d'emploi. Le service social de M. _____, qui m'accompagnait, m'a également aidée grâce à des MIS (mesures d'insertion sociale). Entre 2009 et 2010 j'ai même été employée à C. _____ à 50%. Idéalement, j'aurais voulu augmenter petit à petit mon taux de travail pour arriver à un 100%. Toutefois, je sentais bien que ce n'était pas réaliste étant donné qu'à 50% j'avais déjà énormément de difficultés à assumer le monde professionnel à cause de mes troubles psychiques. J'ai fait beaucoup d'efforts. J'ai tenu au maximum de ce que je pouvais. Mais à quel prix. (...) je vous demande de revoir votre projet de décision et de ne pas baser le degré d'invalidité selon la méthode que vous appelez « spécifique ». Ce sont mes problèmes de santé qui m'ont empêchée de travail [sic]. Il ne s'agit pas d'un choix de vie".

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 Tout comme dans son précédent recours du 24 novembre 2017 (cf. dossier AI, pièce 57) contre la décision du 24 octobre 2017 (cf. dossier AI, pièce 52): "le fait de ne pas être engagée sur le marché de l'emploi malgré des recherches n'a aucun lien avec le statut qu'il convient de reconnaître à une personne. Dans le cas contraire, toutes les personnes en recherche d'emploi devraient être considérées (dans le domaine de l'assurance-invalidité) comme des personnes s'occupant de leur ménage, ce qui serait une aberration". C'est enfin ce qu'avaient retenu les juges cantonaux dans leur précédent arrêt (605 2017 276) du 5 février 2019: "dans le cas d'espèce, il ressort du dossier que l'assurée a partiellement travaillé de 1999 à 2011, années au cours desquelles des cotisations ont été payées en tant que salariée. Elle a notamment encore travaillé à C._____ (...) en 2009 (...), soit juste avant d'être régulièrement suivie pour ses problèmes psychiques [par la psychologue F._____ et le psychiatre G._____]. Ce n'est qu'à partir de 2012 qu'elle n'a plus du tout exercé une activité lucrative et qu'elle a cotisé à l'AVS uniquement comme personne sans activité lucrative (...). Il est vrai qu'en 2016 [au moment du dépôt de sa demande de prestations AI], l'assurée n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis au moins quatre ans, soit donc avant que son cancer ne soit diagnostiqué. Cette absence d'activité serait toutefois liée à ses troubles psychiques" (consid. 4.1.4). 7.2.3. Il s'ensuit que l'assurée ne pouvait se voir attribuer – comme l'a pourtant fait l'administration dans ses décisions du 24 octobre 2017 et du 4 août 2020 – le statut d'une assurée non active, respectivement d'une ménagère à part entière s'agissant de la période antérieure au diagnostic de son cancer en 2014. 7.3. Déclarations de l'assurée 7.3.1. Lors de l'enquête économique sur le ménage, réalisée au domicile de l'assurée le 7 juin 2017, celle-ci a répondu par l'affirmative à la question "la personne assurée exercerait-elle une activité lucrative si elle n'était pas handicapée ?" posée par l'enquêtrice (cf. rapport d'enquête ménage rendu le 19 juin 2017 in dossier AI, pièce 42). A cet effet, l'enquêtrice a mentionné ce qui suit dans son rapport: "motivation: d'après l'assurée, si elle n'avait aucune atteinte à la santé, elle pourrait être employée de bureau à 50% grâce à son CFC. (...). Elle continuerait à prendre soin de sa fille les autres 50% du temps". De ces déclarations empreintes d'aucune ambiguïté, il ressort que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait eu l'intention de travailler à mi-temps comme employée de bureau qualifiée et de consacrer l'autre moitié de son temps à sa fille adolescente. A ce propos, son mandataire a ultérieurement allégué que "le statut de personne active de 50% au moins doit être reconnu à la recourante en fonction du contenu du rapport d'enquête à domicile, à savoir que sans atteinte à la santé, elle pourrait être employée de bureau à 50% grâce à son CFC. Cela étant, ce n'est pas parce qu'elle pourrait être employée de bureau à 50% qu'elle se contenterait d'un tel pourcentage. En effet, ce pourcentage a été donné avec la précision que son état de santé psychiatrique l'empêchait d'exercer une activité avec un taux plus élevé (à savoir un 100%). Cette précision n'a curieusement pas été retranscrite dans le rapport" (cf. son recours du 24 novembre 2017 in dossier AI, pièce 57). Or, l'assurée ne pouvait ignorer que la question "la personne assurée exercerait-elle une activité lucrative si elle n'était pas handicapée ?" ne se référait pas qu'à ses troubles

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 psychiques (vraisemblablement responsables à eux seuls d'une incapacité de travail partielle dans un premier temps), mais aussi à son cancer (responsable à lui seul d'une incapacité de travail totale). Ces allégations ne permettent donc pas d'interpréter différemment les déclarations de l'assurée à l'enquêtrice; à bien les lire, elles ne font que confirmer l'hypothèse – retenue plus haut par la Cour – selon laquelle l'assurée aurait disposé d'une capacité résiduelle de travail maximale de 50% jusqu'en 2011

au moins. 7.3.2. Auparavant, lorsqu'elle avait rempli le questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage, le 22 février 2016 (cf. dossier AI, pièce 25), l'assurée avait coché la case "non" en réponse à la question "aujourd'hui et sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée ?". A la question subséquente "si oui, pour quelles raisons ?", elle avait répondu: "depuis 2004 -> Août 2015 Aide sociale CSR M._____. Dépression Janvier 2005 – naissance de ma fille mai 2004 cancer depuis mai 2014 [sic]". Il faut entendre par là que l'assurée indiquait qu'elle avait donné naissance à une fille en mai 2004, qu'elle était en dépression depuis janvier 2005, qu'elle était atteinte d'un cancer depuis mai 2014 et qu'elle avait dans cet intervalle bénéficié de l'aide sociale de 2004 à août 2015. L'assurée semblait ainsi bien plus énumérer les raisons pour lesquelles elle n'avait pas pu travailler par le passé plutôt que celles pour lesquelles elle n'aurait pas voulu travailler à l'avenir. A cet effet, son mandataire avait d'ailleurs expliqué que "la recourante n'a manifestement pas compris la question principale. En effet, malgré le fait qu'elle a coché la case « non » à la question de savoir si elle aurait exercé une activité lucrative si elle était en bonne santé, elle mentionne différentes raisons pour l'exercice d'une activité lucrative. Si la recourante n'avait pas eu l'intention d'exercer une activité lucrative, elle se serait limitée à cocher la case « non ». Du reste, il ressort de l'extrait de compte individuel que la recourante a travaillé à plusieurs reprises entre 1999 et 2011. Le fait que les salaires perçus étaient moindres et/ou que les périodes étaient brèves n'est pas déterminant. La volonté de travailler est présente, ce d'autant plus que la recourante s'est inscrite au chômage. Dans ces circonstances, et selon le principe de la vraisemblance prépondérante, le fait de dépendre de l'aide sociale, d'avoir un enfant mineur et d'avoir travaillé depuis 1999 dans la mesure du possible au vu de son état de santé psychiatrique (qu'il soit invalidant ou non au sens de l'assurance-invalidité) sont des éléments parlant en faveur d'une prise d'activité" (cf. recours du 24 novembre 2017 in dossier AI, pièce 57). Dans ces conditions, les déclarations que l'assurée a faites lors de l'enquête ménagère de 2017 paraissent bien plus convaincantes à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Elles ne semblent pas être le fruit de réflexions ultérieures à celles figurant sur le questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage, rempli en 2016, de sorte qu'on ne saurait lui opposer la jurisprudence relative aux déclarations dites de la première heure (cf. notamment arrêt TF 9C_664/2018 du 26 novembre 2018 consid. 6 et les références citées). Si tel avait été le cas, l'assurée aurait en effet sans doute déclaré à l'enquêtrice qu'elle travaillerait à plein temps (et non à 50%) si elle n'était pas atteinte dans sa santé, dans le seul but d'obtenir une rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 7.4. Détermination de la méthode applicable en l'espèce à l'évaluation de l'invalidité Sur la base des déclarations de l'assurée (traduisant son intention de reprendre une activité professionnelle si elle n'était pas invalide) lues à la lumière de sa situation médicale (sa capacité de travail est nulle dans toute activité depuis 2014 au plus tard), de sa situation personnelle et de son parcours professionnel (elle avait le statut d'une assurée active à temps partiel jusqu'en 2011 nonobstant ses troubles psychiques), la Cour de céans retient que, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, l'assurée aurait continué de travailler à 50% en tant qu'employée de bureau et de s'occuper de sa fille l'autre partie de son temps. En effet, bien que l'hypothèse soutenue par l'assurée, selon laquelle elle aurait eu l'intention de travailler à 100% si elle n'avait pas été invalide, ne peut être exclue (notamment en raison du fait qu'elle n'est pas autonome financièrement), celle retenue par le Tribunal, selon laquelle elle aurait eu l'intention de ne travailler qu'à 50% pour consacrer l'autre moitié de son temps à sa fille, paraît la plus

probable au degré de la vraisemblance prépondérante (en particulier sur la base de ses déclarations à l'enquêtrice en 2017 et en raison du fait qu'elle n'a jamais travaillé à plus de 50% après l'obtention de son CFC en 2004). Il est précisé ici que, dans la mesure où la fille de l'assurée, en apprentissage, était âgée de 16 ans révolus au moment de la décision querellée, le 50% du temps libre que sa mère souhaitait lui consacrer doit être considéré, par analogie avec la jurisprudence susmentionnée en matière de divorce, comme résultant d'un choix personnel et non d'une obligation parentale, de sorte que la perte de gain en découlant ne pourra de toute façon pas être couverte par l'assurance-invalidité. Il s'ensuit que c'est la méthode dite mixte qui doit s'appliquer au cas d'espèce.

7.5. Calcul du taux d'invalidité

Pour la part relative à l'activité lucrative (50%), étant donné que l'assurée aurait continué d'exercer la même activité qu'auparavant – celle d'employée de bureau – si elle avait recouvré sa capacité de travail, il est possible d'évaluer son invalidité selon la méthode de comparaison en pour-cent, c'est-à-dire de fixer sa perte de gain directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. En l'occurrence, la perte de gain subie par l'assurée, superposable à son incapacité de travail, est de 100%. Pour la part relative à l'accomplissement des travaux habituels (50%), l'invalidité doit être évaluée selon la méthode spécifique, sur la base du rapport d'enquête économique sur le ménage du 26 mars 2020, rapport dont rien n'indique qu'il reposerait sur des erreurs manifestes et dont les conclusions ne sont au demeurant pas contestées par l'assurée dans le cadre de la présente procédure de recours. En l'occurrence, l'empêchement de l'assurée d'accomplir ses travaux habituels a été estimé, en tenant compte de son obligation de réduire le dommage, à 4.2%. En additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative, l'on obtient un taux d'invalidité global de 52.1% ($[50\% \times 100\%] + [50\% \times 4.2\%]$) lui ouvrant le droit à une demi-rente à partir du 1er juillet 2016, en application des art. 28 al. 2 et 29 al. 1 et 3 LAI.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 8. Compte tenu de ce qui précède, le recours du 10 septembre 2020 doit être partiellement admis et la décision du 4 août 2020 réformée en ce sens que l'assurée a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1er juillet 2016. Partant, la cause est renvoyée à l'OAI pour le calcul du montant et le service de la demi-rente, avec éventuels intérêts moratoires aux conditions de l'art. 26 LPGA.

8.1. Dépens

La recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Son mandataire a indiqué renoncer à déposer une liste de frais détaillée et s'en remet à justice pour fixation ex aequo et bono de ceux-ci. Dans la mesure où les conclusions (tendant à l'octroi d'une rente entière dès le 1er juillet 2016) prises par la recourante n'ont pas influé sur la difficulté du procès (cf. arrêts TC 608 2018 302 du

E. 18

novembre 2019 consid. 4.2; 605 2013 189 du 29 septembre 2015 consid. 5b; et les références citées), il n'y a pas lieu de réduire l'indemnité de partie qui lui est due. Celle-ci est fixée par forfait à CHF 1'000.-, débours compris, ce qui correspond à environ 8 heures de travail au tarif horaire de CHF 130.- applicable aux avocats au service d'organisations d'utilité publique (cf. arrêt TF 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5.1 et 5.2). Il convient d'y ajouter CHF 77.- au titre de la TVA à 7.7%. L'indemnité totale due s'élève ainsi à CHF 1'077.-. Elle est mise à la charge de l'OAI et sera versée par celui-ci directement à Inclusion Handicap.

8.2. Frais de justice

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont mis à hauteur de CHF 400.- (½) à la charge de l'OAI. Le solde de CHF 400.- (½) est mis à la charge de la

recourante mais ne sera pas prélevé en raison de l'assistance judiciaire totale qu'il convient de lui octroyer ce jour. En effet, dans la mesure où l'indigence de cette dernière a déjà été constatée par le délégué à l'instruction, où il n'était pas possible d'affirmer que son recours paraissait d'emblée voué à l'échec pour un plaideur raisonnable (comme le confirme le fait qu'elle a obtenu gain de cause partiel) et où la difficulté de l'affaire justifiait l'assistance d'un avocat devant le Tribunal cantonal, il convient de lui octroyer, en application des art. 61 let. f LPGA, 142 al. 1 et 2 et 143 al. 2 du code fribourgeois du

E. 23

mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), le droit à l'assistance judiciaire totale pour la présente procédure de recours et de lui désigner comme défenseur d'office le mandataire qu'elle a choisi.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours (605 2020 183) est partiellement admis et la décision attaquée est réformée en ce sens que A. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1er juillet 2016. Partant, la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour le calcul du montant et le service de la demi-rente, avec éventuels intérêts moratoires. II. Il est alloué à la recourante une indemnité de partie fixée ex aequo et bono à CHF 1'000.-, plus CHF 77.- de TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 1'077.-, qui est mise à la charge de l'autorité intimée. Dite indemnité sera versée par cette dernière directement à Inclusion Handicap. III. La requête (605 2020 184) d'assistance judiciaire totale est admise pour la procédure de recours (605 2020 183). Partant, Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, est désigné défenseur d'office de la recourante. IV. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge de la recourante. Cette dernière étant mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, la part des frais à sa charge n'est pas perçue. V. 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 4 octobre 2021/avi Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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