

FR_GERICHTE 608 2022 2 vom 6. Mai 2022

FR Kantonsgericht, 2022-05-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_2

FR: FR_GERICHTE 608 2022 2 du 6 mai 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2022 2 del 6 maggio 2022

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgerichtkg Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2022 2 608 2022 3 Arrêt du 6 mai 2022 IIe Cour des assurances sociales Composition Président : Johannes Frölicher Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux Greffière : Alexandra Ilic Parties A. _____, recourante, représentée par le Service des curatelles des Communes de Bulle, Riaz et Morlon, agissant par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – évaluation de l'invalidité – atteintes psychiatriques Recours (608 2022 2) du 3 janvier 2022 contre la décision du 19 novembre 2021; demande (608 2022 3) d'assistance judiciaire totale du même jour Tribunal cantonal TC Page 2 de 22 considérant en fait A. A. _____, née en 1978, domiciliée à B. _____, divorcée et mère d'un enfant majeur, sans formation, est femme au foyer depuis mars 2013. Elle avait, auparavant, travaillé en tant que dame de nettoyage à taux réduits. Elle est en incapacité de travail médicalement attestée depuis le 1er juin 2015. Le 28 septembre 2015, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'un "trouble dépressif sévère depuis au moins 2011", un "trouble de la personnalité émotionnellement labile" et une "fibromyalgie". Avis pris auprès d'un médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a mandaté le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 9 juillet 2019, le premier conclut que l'assurée est en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée. Pour sa part, dans son rapport du 29 juillet 2019, le second estime que la capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée depuis décembre 2017, sous réserve de périodes d'hospitalisation en 2018 et 2019. Le 9 octobre 2019, se fondant sur une remarque de l'expert-psychiatre, l'OAI a informé son assurée que la fréquence des consultations était insuffisante en regard de la pathologie dont elle souffrait. Il lui a imposé, pour une durée minimale de six mois, la mise en place d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire ainsi que de prélèvements sanguins et de contrôles urinaires au même rythme. Le 12 mars 2021, le Dr D. _____ a rendu un second rapport d'expertise, maintenant sa précédente évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, à savoir 50% dans une activité adaptée depuis décembre 2017, sous réserve de périodes d'hospitalisation. Parallèlement, le 4 mai 2021, l'OAI a réalisé une enquête au domicile de l'assurée. Par décision du 19 novembre 2021, reprenant un projet du 22 juillet 2021, l'OAI lui a reconnu le droit à un quart de rente du 1er juin 2016 au 28 février 2018 et du 1er avril

au 31 août 2018, se fondant sur un degré d'invalidité de 47% calculé selon la méthode mixte, à raison de 40% pour l'activité lucrative et de 60% pour les tâches ménagères. Pour le surplus, il lui a nié le droit à une rente, retenant un degré d'invalidité de 27% également calculé selon la méthode mixte. B. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, interjette recours (608 2022 2) le 3 janvier 2022 devant le Tribunal cantonal, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière depuis le 1er mars 2018 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. A l'appui de ses conclusions, elle soutient d'abord que, en santé, elle travaillerait à un taux plus élevé, faisant état d'une recherche d'emploi à 50% lorsque son fils avait 10 ans, d'un besoin financier d'un poste à 100% et de déclarations allant dans le sens d'un taux minimum de 70%. Selon elle, on ne retrouve jamais le taux de 40% retenu par l'OAI. Elle conteste en outre les conclusions du Dr C._____ et du Dr D._____ qu'elle affirme superficielles, insuffisamment motivées, contradictoires entre elles et contraires aux propres constats des experts ainsi qu'à l'ensemble des pièces au dossier. En particulier, elle reproche à l'expert-psychiatre de s'écarter des autres avis Tribunal cantonal TC Page 3 de 22 figurant au dossier sans en donner les motifs, d'avoir tu des faits importants, notamment en lien avec ses troubles cognitifs, ainsi que d'avoir insuffisamment décrit ses limitations fonctionnelles. Elle se plaint en outre de ce que les expertises n'ont pas été soumises au médecin du SMR avant que le contexte ne soit litigieux, qui plus est à un médecin-psychiatre de ce service. A ses yeux, les rapports du médecin du SMR sont partiels et ne sauraient convaincre. Enfin, elle se prévaut des rapports de ses médecins traitants, lesquels attestent de manière convaincante de ses incapacités de travail et de gain totales. Parallèlement, elle requiert (608 2022 3) l'octroi de l'assistance judiciaire totale et que sa mandataire, Me Florence Bourqui, avocate, soit nommée défenseuse d'office. Dans ses observations du 24 janvier 2022, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève d'abord que le choix de retenir un taux de 40% pour l'activité lucrative repose sur les extraits du compte individuel de la recourante, lesquels démontrent des revenus de cet ordre ou inférieurs. Selon lui, ce taux correspond en outre aux premières déclarations de la recourante, un taux supérieur n'ayant été invoqué que dans le cadre de l'enquête ménagère. Enfin, il estime qu'une pleine valeur probante doit être donnée aux expertises, soulignant que le SMR a pu se prononcer sur les pièces figurant au dossier suite aux objections de la recourante. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables au vu de la date des décisions querellées. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale

ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, Tribunal cantonal TC Page 4 de 22 si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. 3. 3.1. 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 22 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. Pour déterminer la

méthode applicable au cas particulier, il ne faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 144 I 28 consid. 2.3; 141 V 15 consid. 3.1 et les références). 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. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence). 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 et les références).

3.2. 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 (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références). Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citées). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié Tribunal cantonal TC Page 6 de 22 de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). De jurisprudence constante, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8

consid. 2c/aa; RAMA 1991 U 130 p. 270 s. consid. 4a; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). Le principe constitutionnel de l'égalité de traitement commande de recourir aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, sans tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêt TF 9C_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4 et les arrêts cités). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'exercice d'une activité à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt TF 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées). Tribunal cantonal TC Page 7 de 22 3.3. L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. C'est la méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans

l'empêchement d'accomplir les travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). Pour évaluer l'invalidité selon cette méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n. 3087 dans son état au 1er janvier 2014). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées; arrêt TF I 761/81 du 15 septembre 1983 consid. 5 in RCC 1984 p. 143). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (arrêt TF 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références citées). 3.4. Lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité, l'on applique la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV n. 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références citées). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). Cette méthode a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH). Dans l'arrêt n° 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016, la CourEDH a retenu que, dans le cas d'une mère de jumeaux, l'usage de la méthode mixte représentait une violation de son droit au respect de la vie privée et familiale (art. 8 CEDH) combiné avec l'interdiction de la discrimination (art. 14 CEDH). Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 Suite à cet arrêt, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) a été modifié et sa nouvelle formulation est entrée en vigueur au 1er janvier 2018). Celui-ci prescrit désormais que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein

temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Dans un arrêt 9C_82/2020 du 27 octobre 2020, publié in ATF 147 V 124, le Tribunal fédéral a jugé que les modifications de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI étaient conformes à la CEDH et que les différences de traitement qui subsistaient entre une personne exerçant une activité lucrative à plein temps et celle exerçant une activité lucrative à temps partiel (et consacrant le reste de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels) étaient raisonnables et proportionnées. En effet, pour déterminer la perte de gain selon le nouvel art. 27bis al. 3 RAI, ce n'est plus seulement le revenu sans invalidité, mais également le revenu d'invalide qu'il convient de rapporter à une activité exercée hypothétiquement à plein temps. La nouvelle méthode de calcul permet par conséquent, selon le Tribunal fédéral, de supprimer le fait que l'on tenait auparavant compte deux fois du fait que l'activité était exercée à temps partiel: dans la détermination du revenu sans invalidité, d'une part, et dans le cadre de la pondération proportionnelle des deux domaines, d'autre part. Cela étant, l'invalidité ne peut être évaluée selon la nouvelle méthode mixte qu'à partir de la date d'entrée en vigueur de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, soit le 1er janvier 2018 (arrêts TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.3; 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). Pour les situations antérieures au 31 décembre 2017, l'ancien droit s'applique. Dans ces situations, lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (arrêt TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2).

4. 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Tribunal cantonal TC Page 9 de 22 Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4.4. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit

leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 5.3).

5. En l'espèce, l'application de la méthode mixte n'est pas expressément contestée par la recourante. Cependant, elle met en cause les pourcentages pris en compte par l'OAI, demandant qu'un taux plus important soit pris en compte sur le plan lucratif.

5.1. Dans la décision litigieuse, l'OAI a considéré que, en santé, l'assurée aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à 40% et consacré le 60% restant à la tenue de son ménage. L'OAI fonde cette appréciation sur les extraits du compte individuel de la recourante, lesquels démontrent des revenus inférieurs ou égaux à un taux d'activité lucrative de 40% entre 2007 et 2011. Il constate également que, dans ses premières déclarations, la recourante avait indiqué travailler trois après-midis par semaine dans le domaine du nettoyage entre 2007 et 2011. Selon lui, le taux de 40% se réfère donc à la moyenne supérieure des activités précédemment exercées par la recourante. Force est de constater que les montants cotisés par l'assurée entre 2008 et 2011 – à savoir les seules années figurant dans son extrait de compte individuel (cf. dossier OAI, p. 19) – sont bas. Ils ne peuvent correspondre qu'à des revenus obtenus dans un emploi à temps partiel. Le montant le plus élevé (CHF 18'396.- en 2008) équivaut, par ailleurs, à une activité de dame de nettoyage exercée à un taux d'environ 40% (cf. OFS, Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après: ESS] 2008, TA1, total des services, niveau de qualification 4, femme; cf. ég. ESS 2008, T7 S, domaine d'activité 35, niveau de qualification 4, femme). Les autres revenus concordent avec des activités exercées à des taux situés entre 15% et 25%. Tribunal cantonal TC Page 11 de 22 L'on doit en déduire que l'assurée n'a travaillé par le passé qu'à des postes exercés à temps partiel, à des taux inférieurs à 40%. Pour autant, l'ancienne activité exercée par l'assurée n'est qu'un indice lorsqu'il s'agit de déterminer ce qu'elle ferait aujourd'hui si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

5.2. Or, pour sa part, la recourante affirme que, si elle était en santé, elle travaillerait à un taux plus élevé que celui de 40%. Cette position est étayée par plusieurs éléments au dossier. Ainsi, l'assurée s'était inscrite au chômage à un taux de 50% entre février 2010 et février 2012 (dossier OAI, p. 123). Le 17 février 2016, en réponse à un questionnaire de l'assurance-invalidité, elle avait affirmé – sans en détailler les motifs – qu'elle travaillerait en tant que femme de ménage à un taux de 100% (dossier OAI, p. 178). A la personne en charge de l'enquête ménagère, elle a indiqué – à nouveau sans que les raisons ne soient explicitées – qu'elle aurait travaillé à un taux de 70% dans le domaine de la couture (dossier OAI, p. 600). Dans ses objections du 28 septembre 2021, elle rappelait ce dernier taux mais insistait sur le fait que sa situation financière la contraindrait à travailler plus, probablement à 100% (dossier OAI, p. 644). Enfin, elle affirme dans son recours qu'un emploi à 70% serait un minimum et qu'elle aurait été poussée par l'aide sociale à rechercher des emplois susceptibles de couvrir ses charges. Ces différents éléments doivent être appréciés dans l'évolution du contexte familial et économique de l'intéressée. En effet, l'assurée était mariée depuis 1997 et bénéficiait, de ce fait, du revenu de son époux (dossier OAI, p. 320). Cependant, cette situation a été fondamentalement modifiée lorsqu'une

procédure de séparation a été initiée courant 2015 et le divorce prononcé en 2016. Alors qu'elle était jusqu'alors soutenue par son époux, elle s'est désormais retrouvée sans revenu à l'exception d'une pension alimentaire. Elle émerge depuis lors des services sociaux et fait l'objet de poursuites pour près de CHF 100'000.-. Bien qu'initialement sans enfant à sa charge, elle aurait été poussée tant par la pression financière que par le service social à rechercher un emploi afin de limiter sa dépendance à l'aide sociale. Face aux déclarations concordantes sur ce point et à la situation financière difficile de la recourante, cette dernière a rendu vraisemblable le fait qu'elle travaillerait à un taux plus élevé que celui de 40% retenu par l'OAI. 5.3. Reste à déterminer le taux auquel la recourante aurait travaillé, respectivement consacré à la tenue de son ménage. Outre le fait que la recourante n'est pas systématique dans les taux déclarés qui vont de 50% à 100%, force est de constater que la situation financière préoccupante – en particulier le montant conséquent faisant l'objet de poursuites – est déjà ancienne. Ces dettes étaient vraisemblablement déjà présentes alors que l'assurée était encore mariée et que sa capacité de travail n'était pas limitée par son état de santé. Pourtant, cette situation ne l'avait pas conduite alors à augmenter son taux d'activité en vue d'améliorer la capacité financière de la famille. Au contraire, les revenus ressortant de l'extrait de compte individuel suivent plutôt une tendance inverse, diminuant au fil des années (cf. dossier OAI, p. 19). Dans un tel contexte, la recourante n'a pas rendu vraisemblable que, en santé, elle aurait travaillé à temps plein. Il convient plutôt de se référer au taux de 70% indiqué lors de l'enquête domiciliaire, rappelé dans son mémoire d'objections du 28 septembre 2021 et répété dans son mémoire de recours du 3 janvier 2022. Au vu des charges et revenus indiqués dans la demande d'assistance judiciaire, le revenu tiré d'une activité à un taux de 70% lui aurait par ailleurs manifestement permis Tribunal cantonal TC Page 12 de 22 de subvenir à ses besoins, y compris ceux de son fils aujourd'hui à sa charge. En effet, ce revenu dépasserait largement le montant mensuel de CHF 1'900.- qu'elle obtient actuellement de l'aide sociale (pour une estimation du revenu obtenu dans une activité de dame de nettoyage, cf. consid. 8.2 ci-après). Il lui permettrait en outre également de couvrir les charges alléguées. La Cour fait donc application de la méthode mixte en tenant compte d'un partage des tâches de 70% consacrés à une activité lucrative et de 30% aux tâches ménagères. 6. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'abord de déterminer l'impact de l'état de santé de la recourante sur sa capacité à exercer une activité lucrative, prise en compte à un taux de 70%. 6.1. Dans sa décision, l'OAI se réfère aux conclusions des experts qu'il a mandatés, à savoir le Dr C. _____ et Dr D. _____, lesquels ont rendu leurs rapports les 9 juillet 2019, 29 juillet 2019 et 12 mars 2021. Il convient d'en examiner la valeur probante, dans un premier temps d'un point de vue strictement formel en se référant aux critères fixés par la jurisprudence (cf. consid. 4.2 et 4.3 ci-avant). Les conclusions des deux experts sont fondées sur l'étude du dossier transmis par l'OAI, dont le contenu est résumé au début de chaque rapport, ainsi que différents examens d'imageries médicales effectuées le jour de l'examen. Tant en 2019 qu'en 2021, l'expert-psychiatre a, en outre, ordonné un dosage plasmatique. Alors que l'assurée n'était pas allée faire la prise de sang en 2019, l'expert a pu constater en 2021 que les éléments testés se trouvaient dans les valeurs thérapeutiques. Par ces différents biais, les experts avaient, dès lors, une pleine connaissance du contexte médical mais également social, familial, professionnel et économique. Les experts se sont entretenus à plusieurs reprises avec l'assurée. A ces occasions, celle-ci a été en mesure d'expliquer ses atteintes ainsi que leur impact sur son quotidien. Elle a ainsi fait état de douleurs permanentes aux cervicales, aux lombaires et aux doigts des mains, mais également de crises de douleurs au niveau des

épaules, des coudes, des poignets, des périhanches, des genoux, au thorax et aux pieds. Ces douleurs l'empêchent, à ses dires, de dormir et ne sont pas soulagées par la pratique de la physiothérapie, l'hydrothérapie voire même, s'agissant de certaines, par la prise d'antalgiques. Lors des entretiens avec l'expert-psychiatre, elle a évoqué des atteintes d'ordre psychique, avec notamment un moral triste, une humeur dépressive, un sentiment d'infériorité, du découragement, une perception pessimiste de l'avenir et des crises d'angoisses. Elle a pu décrire ses deux tentatives de suicide – la première en voulant entrer en collision avec un train et la seconde par la prise de médicaments, ainsi que ses hospitalisations, dans son pays d'origine ainsi qu'au sein de E. _____.

L'on signale, à ce stade, que le fait que les experts n'aient pas mentionné le fait que son fils était également dans la voiture lors de la tentative de suicide de 2011 ne saurait jeter un quelconque doute sur la qualité de l'expertise, étant constaté que d'autres médecins n'évoquent pas non plus ce fait dans leurs rapports et que cela n'a pas empêché l'assurée de se prévaloir de leurs conclusions. Pour leur part, les experts ont pu procéder à un examen complet de l'assurée. L'expert en rhumatologie a procédé à cet examen tant sous l'angle de la médecine interne générale que d'un point de vue rhumatologique, constatant l'existence d'un socle somatique qui ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et l'impotence fonctionnelle décrite par l'assurée. Il constate par ailleurs que celle-ci "se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 lente, autonome, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien". En l'absence de tout bilan radiographique en sa possession, il a complété le dossier de plusieurs radiographies et ultrasonographies. Pour sa part, l'expert en psychiatrie, s'est fait assister d'un traducteur indépendant lors des deux entretiens. A l'occasion de la seconde expertise, il a en outre procédé à un dosage plasmatique, dont les résultats se situent dans la fourchette thérapeutique. Durant ces entretiens, il constate l'absence de trouble cognitifs mais relève que le discours est lent, ce qu'il met en lien avec la médication prise, et souligne la présence de traits dépressifs et anxieux. S'il estime que les plaintes sont cohérentes et plausibles, il rappelle que l'assurée est en mesure d'avoir des activités, d'honorer ses rendez-vous, de faire seule ses commissions, de rester en contact avec les membres de sa famille et faire de la broderie. Il compare, par ailleurs, le statut médical entre les deux examens de 2019 et 2021, soulignant que ses constatations sont identiques. C'est donc sur l'ensemble de ces éléments que les experts fondent leurs conclusions, tant sur le plan diagnostique que s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Ainsi, pour l'expert en rhumatologie, "il n'y a pas de troubles fonctionnels rhumatologiques à proprement parler, cependant, une limitation des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10kg de manière répétitive serait plus adéquate". Il fixe la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée mais tient compte d'une diminution de performance de 10% dans l'ancienne activité de femme de ménage. Pour sa part, l'expert en psychiatrie discute les diagnostics retenus par les médecins traitants et les exclut d'une manière suffisamment convaincante. Par exemple, il écarte la présence d'un trouble somatoforme dès lors qu'il n'y a pas de "souffrance prédominante concernant la douleur, celle-ci n'est ni persistante, ni sévère, ni pénible et n'entrave pas toutes les activités de la vie quotidienne de l'expertisée". En revanche, il retient les diagnostics de "personnalité émotionnellement labile de type borderline" (F60.3) et de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique" (FF33.01). Selon lui, ces atteintes diminuent les ressources psychologiques et les mécanismes adaptatifs de sa patiente. Il en conclut que l'assurée est en mesure de travailler à un taux de 50% sur un taux horaire de 100% depuis décembre 2017, tout en

tenant compte du fait qu'elle était incapable de travailler pendant les hospitalisations en milieu psychiatrique. A ce stade, la Cour constate que la recourante évoque des contradictions internes entre les rapports du Dr D. _____ et celui du Dr C. _____, en particulier s'agissant de l'appréciation des douleurs. Elle se plaint en outre du fait que le premier ne décrive pas suffisamment les limitations fonctionnelles et n'ait pas procédé à de quelconques examens ou tests en lien avec ses troubles cognitifs. Cependant, ces griefs ne peuvent pas être suivis. En effet, il apparaît que les deux experts présentent des rapports concordants, en particulier s'agissant de la problématique – charnière en matière d'assurance-invalidité – de l'évaluation de la capacité de travail. Par ailleurs, si l'on constate avec l'assurée que le Dr D. _____ ne fait pas état de limitations fonctionnelles concrètes, cela ne signifie pas que son argumentation est lacunaire. Au contraire, on n'en déduit que l'expert-psychiatre estime qu'aucune activité professionnelle n'est contraindiquée, en particulier celle précédemment exercée de dame de nettoyage. Enfin, s'agissant de l'absence d'examen spécifique des troubles cognitifs, il convient de rappeler qu'il était de la compétence du SMR (cf. arrêt TF 9C_656/2013 du 11 décembre 2013 consid. 3.2) et des experts (cf. arrêt TF 8C_51/2012 du 29 janvier 2013 consid. 3) de prévoir les spécialités pour l'expertise. Alors même qu'ils avaient le dossier complet de l'assurée à disposition – dont l'évaluation neuropsychologique du 2 juillet 2020 résumée en p. 13 du Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 rapport d'expertise psychiatrique de 2021 – ces différents médecins ont estimé que le dossier leur était suffisant pour statuer. Partant, l'on doit en conclure que les conclusions des experts remplissent les critères fixés par la jurisprudence en la matière et doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante, à tout le moins sur le plan formel. Il s'agit, par ailleurs, de la conclusion à laquelle parvient le Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie au sein du SMR, dans son rapport du 5 octobre 2021 (dossier OAI, p. 649).

6.2. Compte tenu de ce qui précède, il convient de déterminer si les conclusions du Dr D. _____ et du Dr C. _____ sont mises en cause par les autres médecins interrogés. En d'autres termes, il s'agit d'examiner ici les conclusions des experts sous un angle matériel.

6.2.1. Sur le plan psychiatrique, la recourante était suivie entre juin 2015 et novembre 2020 par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, étant précisé que le psychiatre actuel de l'assurée ne s'est, malgré plusieurs demandes de rapports, jamais prononcé dans ce dossier (cf. not. dossier OAI, p. 619, 634 et 644). Dans son rapport le plus récent, le Dr G. _____ s'oppose aux conclusions diagnostiques du Dr D. _____. Il retient, pour sa part, les diagnostics de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques" (F33.2), de "personnalité émotionnellement labile, type borderline" (F60.3) et de "douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques" (F45.41). Il mentionne donc des diagnostics proches de ceux évoqués par l'expert- psychiatre mais en tenant compte d'une sévérité plus importante. Cependant, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, le médecin semble aller finalement dans le même sens que l'expert. En effet, dans son rapport le plus récent, il retient un taux "non supérieur à 50%" dans une activité adaptée. Dans ce rapport, il n'évoque, cela étant, que très indistinctement les contours d'une telle activité (rapport du 26 août 2021, dossier OAI, p. 646). En 2016, se fondant sur des diagnostics semblables, le psychiatre affirmait déjà que sa patiente pouvait travailler 4 heures par jours dans une activité en position assise mais aussi qu'aucune activité adaptée n'était envisageable (rapport du 21 janvier 2016, dossier OAI, p. 134). Dans ses autres rapports, il attestait surtout d'une inaptitude totale au travail même s'il évoquait parfois une capacité de travail résiduelle de 4 heures par jours (dossier OAI, p. 186, 221, 224, 231, 259, 318, 353, 472, 492, 493, 503,

511, 513, 518 et 554). Force est de constater que les conclusions et argumentations du psychiatre traitant n'apparaissent que peu convaincantes. Outre le fait qu'un même rapport évoque de manière contradictoire d'un côté une capacité de travail nulle et de l'autre une possibilité de travailler 4 heures par jour, l'on constate que le médecin atteste que sa patiente souffre d'un épisode dépressif sévère durant l'entier de son suivi, soit durant plus de 5 ans. Or, il semble manifeste qu'un épisode thymique varie sur la durée, étant par exemple constaté que le DSM-IV-TR évoque en principe une durée de quatre mois pour un épisode non traité, voire, "chez certains sujets", une durée de deux ans ou plus (p. 409). Cela étant, le psychiatre fonde son appréciation essentiellement sur les dires de sa patiente, lesquels peuvent être clairement mis en doute en présence d'une tendance à l'exagération. En outre, ses conclusions sont manifestement influencées par des facteurs psycho-sociaux, lesquels ne sont pas du ressort de l'assureur-invalidité, mentionnant ainsi une situation financière tendue, la suspension de la pension qui lui est due et des difficultés de couple. Enfin, le psychiatre a également tenu compte, dans son appréciation, de l'impact des troubles somatiques sur la capacité de travail. Or, cette évaluation n'appartient pas au psychiatre traitant mais aux somaticiens. Tribunal cantonal TC Page 15 de 22 Dans ce contexte, il convient de prendre en compte la jurisprudence, laquelle attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient. Pour ce motif, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion – moins contradictoire – de l'expert-psychiatre, le Dr D._____ (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Au demeurant, les conclusions de ce dernier sont confirmées par celles des médecins de E._____. En effet, lors de la première hospitalisation psychiatrique en Suisse en 2011, la Dre H._____ et le Dr I._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et d'anorexie mentale. Dans le cadre des hospitalisations suivantes en 2017 et 2018, le Dr J._____, médecin praticien, et le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retiennent toujours les diagnostics d'anorexie mentale et de trouble dépressif récurrent, cette fois-ci dans le cadre d'un épisode moyen. Ils évoquent également l'existence d'une fibromyalgie et d'une polyarthrite. Lors des deux hospitalisations en 2019, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre N._____, généraliste, évoquent notamment les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, d'anorexie mentale, de troubles mixtes de la personnalité avec des traits dépendants et émotionnellement labiles, d'un syndrome de dépendance aux opiacés et d'un trouble somatoforme persistant. Force est de constater que, dans leurs différents rapports, ces médecins n'ont expressément attesté d'une incapacité de travail totale que durant les périodes d'hospitalisation. Tout au plus la Dre N._____ souligne-t-elle que "les épisodes dépressifs sont de nature sévère et occasionnent une incapacité fonctionnelle marquée chez la patiente considérant, notamment, la grossesse et la résistance au traitement des caractéristiques mélancoliques" (dossier OAI, p. 145, 158, 250, 345, 382, 442 et 468). L'incapacité de travail de 50% retenue par l'expert est loin d'être négligeable et correspond clairement à l'incapacité fonctionnelle marquée évoquée par les médecins de E._____. 6.2.2. Sur le plan somatique ensuite, la recourante est d'abord suivie par la Dre O._____, spécialiste en médecine interne générale, ainsi que par les médecins de la clinique de rhumatologie, de médecine physique et de réadaptation de P._____, en particulier le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie, et la Dr R._____, spécialiste en rhumatologie.

La Dre O. _____ retient les diagnostics invalidants de rhumatisme inflammatoire d'origine indéterminée avec polyarthralgie axiale et périphérique, de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotique, personnalité émotionnellement labile type borderline et de céphalées de tension. Elle atteste d'une incapacité de travail totale (dossier OAI, p. 200, 219, 235 et 238). Auparavant, l'assurée était, jusqu'en mars 2016, suivie par le Dre S. _____, spécialiste en médecine interne générale. En substance, cette dernière retenait des diagnostics semblables à sa successeure. En revanche, elle attestait en dernier lieu d'une capacité de travail de l'ordre de 50% dans l'ancienne activité (dossier OAI, p. 21, 66, 68ss, 189 et 404). Pour leur part, A l'instar du Dr C. _____, les médecins de P. _____ constatent l'existence d'un socle somatique aux douleurs, évoquant par exemple de "légères synovites principalement au niveau des articulations métacarpophalangiennes ainsi qu'au niveau des poignets et des coudes". Pour autant, ce socle ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Ils retiennent dès lors notamment les diagnostics de "dyspnée sur sensation d'oppression thoracique", de "rhumatisme inflammatoire d'origine indéterminée" et de "polyarthralgies périphériques et axiales chroniques d'origine indéterminée sur syndrome douloureux chronique". Ils n'attestent d'aucune incapacité de travail (dossier OAI, p. 206, 212 et 236). Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 Force est de constater que ces différents médecins relèvent les importantes plaintes douloureuses de leur patiente mais ne parviennent pas à déterminer l'atteinte organique les expliquant, et cela malgré de nombreuses investigations. Ainsi, plutôt que de relayer les constats réalisés lors d'un examen objectif de sa patiente, la Dre O. _____ se contente de relayer les plaintes douloureuses, ce que démontre en particulier la lecture du rapport du 27 novembre 2016. Les seuls éléments objectifs de ses rapports renvoient à des examens externes, se révélant "dans la norme" (ch. 1.4; dossier OAI, p. 200 et 223). Face aux conclusions mieux détaillées et argumentées du Dr C. _____, ces différents rapports des médecins traitants ne sauraient rendre vraisemblable l'existence de l'incapacité de travail totale alléguée par la recourante. Au demeurant, l'ensemble de ces avis médicaux n'a pas convaincu le Dr F. _____, du SMR, lequel a préconisé que l'exigibilité médicale soit fixée par une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, avec conclusions consensuelles des deux experts (dossier OAI, p. 241). Enfin, force est de constater que les autres rapports figurant au dossier ne permettent pas de trancher le présent litige. Ainsi, les rapports des médecins ayant pris en charge l'assurée dans le cadre de consultations uniques, en particulier des urgences ou des permanences médicales, ne sont pas pertinents (dossier OAI, p. 39, 42, 46, 49, 64, 73, 83, 85, 86, 87, 148, 182 et 217). En effet, ces différents médecins se sont concentrés sur l'évaluation de symptômes lors de moments spécifiques – que cela soit le traitement d'une urgence ou une question d'ordre diagnostic posée par un confrère – sans réelle connaissance du dossier ou de la situation médicale de cette assurée. Leurs conclusions ne sauraient dès lors appuyer de manière convaincante un diagnostic précis ou une incapacité de travail durable. S'agissant des médecins consultés il y a de nombreuses années, leurs conclusions sont peu pertinentes s'agissant d'évaluer l'existence ou l'absence d'une capacité de travail résiduelle à partir de décembre 2017 (dossier OAI, p. 48, 56, 61, 75, 78, 90, 91, 93, 96, 97). L'on rappelle, en effet, que la décision litigieuse part du principe que la recourante est en incapacité de travail totale de juin 2015 au 1er décembre 2017. Enfin, les derniers médecins ne font pas état d'atteinte particulière, évoquant en substance un examen sans particularité et/ou ne prescrivant aucune incapacité de travail (dossier OAI, p. 40, 82, 125, 128 et 215).

6.2.3. Dans le cadre de ses écritures, la recourante se prévaut encore de rapports de tiers

non- médecins, à savoir T. _____, neuropsychologue, U. _____ et V. _____, ergothérapeutes, ainsi que W. _____ et X. _____, du Service d'aide et de soins à domicile. Ces différents rapports ne sont, pourtant, pas autant préoccupants que tente de le démontrer la recourante dans son recours. En effet, dans son rapport du 2 juillet 2020, la neuropsychologue relève un examen globalement dans la norme, évoquant une certaine lenteur à l'oral, une mémoire immédiate et de travail au-dessous de la norme (verbal et visuo-spatial), une vitesse en-dessous de la norme et un nombre d'erreurs au-dessus de la norme en attention divisée (dossier OAI, p. 529). Or, ces constats neuropsychologiques ont été repris par le Dr D. _____ dans le cadre de son expertise, y compris s'agissant de l'impact du traitement médicamenteux sur les performances aux tests administrés également évoqués par la neuropsychologue. L'on ne peut, dès lors, faire de reproche aux conclusions des experts sur ce plan. Pour sa part, U. _____ a procédé à une appréciation chiffrée de la situation de sa patiente, dont les résultats sont légèrement inférieurs à la moyenne (206 points alors que la moyenne est de 224 et le maximum de 336). Elle relève notamment d'importantes difficultés à être en relation avec autrui, ce qu'elle met tant en lien avec les atteintes psychiques que la barrière de la langue. Elle évoque Tribunal cantonal TC Page 17 de 22 également des difficultés d'organisation et de gestion. En revanche, elle souligne que sa patiente possède des ressources, en particulier la volonté de s'investir dans la thérapie et une amélioration de l'état général (dossier OAI, p. 225 et 458). Quant à V. _____, elle signale que sa patiente se réengage "progressivement dans son processus occupationnel", commence à récupérer une certaine confiance en elle et réentraîne les relations interpersonnelles (dossier OAI, p. 471 et 504). Si les deux ergothérapeutes évoquent des limitations, en particulier dans la relation avec les tiers, aucune n'atteste que ces limitations empêchent complètement leur patiente de travailler, qui plus est à un taux réduit. Au contraire, à lire leurs rapports, on constate qu'elles relèvent expressément l'existence de ressources, dont certaines sont également soulignées par le Dr D. _____ dans son rapport d'expertise. Enfin, si W. _____ et X. _____, infirmières au sein du Service d'aide et de soins à domicile, font état de nombreux facteurs – psychiques ou somatiques – qui invalident l'assurée dans son quotidien, il s'agit d'éléments également relevés par les experts. L'on souligne, à cet égard, que les deux infirmières n'affirment pas elles-mêmes que leur patiente est inapte au travail. En effet, elles se contentent de relayer les affirmations de cette dernière, qui indique par exemple "se sentir entravée par des douleurs importantes, des manifestations somatiques d'angoisse et une grande fatigue", ne pas être en mesure d'"honorer de rendez-vous avant 10h30 environ ni effectuer de tâches de la vie quotidienne" ou émettre "très régulièrement des plaintes somatiques telles que lombalgies, céphalées, douleurs musculo-squelettiques, nausées, vomissements, troubles intestinaux" (dossier OAI, p. 642). Ces plaintes rapportées – certes par des membres du corps médical mais sans aucune mise en perspective – ne sauraient, de manière concluante, justifier de mettre en cause une expertise bidisciplinaire réalisée par des médecins spécialistes indépendants.

6.3. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que les différents rapports médicaux figurant au dossier ne permettent pas de mettre en cause les conclusions du Dr D. _____ et du Dr C. _____. Partant, la Cour retient que l'assurée est en mesure de travailler à un taux de 50% depuis décembre 2017, à l'exception des périodes d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

7. S'agissant d'une situation d'application de la méthode mixte, il convient dès lors de déterminer l'impact de l'état de santé de la recourante sur sa capacité à tenir son ménage, prise en compte à un taux de 30%. Sur ce plan, l'OAI se fonde sur le rapport d'enquête domiciliaire du 4 mai 2021 qui retient un empêchement ménager global de 13%.

D'une manière plus détaillée, l'enquêtrice estime des empêchements dans les postes "alimentation" (empêchements de 14.5% pondérés à 41%), "entretien de l'appartement" (empêchements de 15% pondérés à 34%) et "emplettes et courses diverses" (empêchements de 17% pondérés à 10%). Elle ne retient, en revanche, aucun empêchement dans le poste "lessive et entretien des vêtements" (pondéré à 15%). Le poste "soins et assistance aux proches" n'est pas pris en compte. Pour fonder ses conclusions, l'enquêtrice a pris connaissance des pièces du dossier, en particulier des conclusions du Dr D. _____ et du Dr C. _____. Elle s'est surtout rendue au domicile de l'assurée, dont elle a pris les déclarations en compte et qu'elle a pu observer réaliser ses tâches quotidiennes. Après avoir examiné de manière globale l'impact de l'état de santé sur le quotidien de Tribunal cantonal TC Page 18 de 22 l'assurée, elle a examiné en détail chaque type de tâche ménagère. Elle a évalué chaque empêchement en tenant compte, cas échéant, de l'obligation de réduire le dommage à charge des tiers, en particulier de l'aide apportée par son fils né en 1999. La recourante ne met pas particulièrement en doute l'appréciation de l'enquêtrice. L'on constate, par ailleurs, que cette appréciation semble – à tout le moins globalement – corroborée par les informations figurant au dossier, en particulier les propos rapportés dans les différents rapports d'expertise. Cela étant, force est de constater que les conclusions de cette enquête ne pouvaient manifestement pas être reportées sur l'entier de la période objet de la décision, à tout le moins sans autre évaluation. En effet, l'enquête ménagère a été réalisée à une période où les experts attestent que l'assurée est à nouveau en mesure de travailler à 50%, ce qui implique une amélioration de son état de santé. Son fils était également majeur, ce qui n'était pas le cas auparavant. Tant sous l'angle des capacités de l'assurée que de l'obligation de réduire le dommage, les conclusions de l'enquête domiciliaire n'étaient dès lors peut-être pas directement reportables aux périodes d'incapacité de travail totale ou à l'époque où l'enfant de l'assurée était plus jeune. Cela étant, cela n'a pas d'incidence en l'espèce au vu de la répartition entre l'activité lucrative (70%) et ménagère (30%), désormais retenue par la Cour de céans. 8. Compte tenu de ce qui précède, il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité. 8.1. A la fin du délai d'attente d'une année, soit au 1er juin 2016, une incapacité de travail à raison de 100% dans toute activité professionnelle a été retenue, et cela jusqu'au 1er décembre 2017. Il convient dès lors de retenir un degré d'invalidité de 100% dans la partie lucrative jusqu'au 28 février 2018, soit 3 mois après l'amélioration de la capacité de gain (art. 88a al. 1 RAI). A ce stade, il apparaît que, compte tenu de l'incapacité de travail totale retenue, il est sans incidence sur le droit à la rente qu'il soit fait usage du type de calcul applicable avant ou après le 1er janvier 2018. En effet, quel que soit le type de calcul utilisé, le degré d'invalidité est de 100% dans la partie lucrative. Dans la mesure où il a été retenu qu'elle exercerait son activité à un taux de 70%, la recourante doit dès lors se voir reconnaître un degré d'invalidité global d'au moins 70%, et cela quels que soient les empêchements retenus sur le plan ménager. La recourante doit dès lors se voir reconnaître le droit à une rente entière. Dans sa décision, l'OAI a en outre considéré que l'assurée avait été hospitalisée durant la période du 24 janvier 2018 jusqu'au 2 août 2018. Il lui a, pour ce motif, reconnu le droit à un quart de rente du 1er avril 2018 au 31 août 2018. Cependant, cette hospitalisation n'est pas confirmée par les pièces du dossier. En effet, il ressort des rapports des médecins de E. _____ que la recourante a été hospitalisée du 21 avril au 24 juin 2011, du 28 juillet au 24 août 2017, du 24 janvier au 2 mars 2018, du 23 mai au 21 juin 2019 et du 29 juillet au 16 septembre 2019. Or, l'art. 88a al. 2 RAI prescrit que le changement du droit aux prestations intervient à partir du moment où l'aggravation de l'état de santé a duré durant 3 mois au

minimum. Toutefois, aucune des hospitalisations précitées n'a été d'une durée suffisante pour être prise en compte au sens de l'art 88a RAI. Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 En revanche, il faut constater qu'avant que l'amélioration de l'état de santé au 1er décembre 2017 n'ait duré 3 mois, la recourante a été hospitalisée du 24 janvier 2018 au 2 mars 2018. Partant, il n'y a donc pas lieu de supprimer le droit à la rente entière au 1er mars 2018 mais, en application de l'art. 88a RAI, au 30 juin 2018. 8.2. Pour la période ultérieure débutant au 1er juillet 2018, la recourante est en mesure de travailler à 50% dans une activité lucrative. Il convient dès lors de déterminer sa perte de gain, ce qui implique de fixer et de comparer ses revenus de valide et d'invalidé. Comme l'a retenu à juste titre l'autorité intimée, le salaire de valide doit être évalué sur la base des statistiques de l'ESS 2018 (TA1_skill_level, 96 autres activités de services, niveau de compétences 1, femme). Pour rappel, le niveau de compétences fait référence à la classification internationale du type des professions (CITP), laquelle classe les professions en fonction du type de travail qui est ou devrait être effectué. Cela correspond à un montant mensuel de CHF 3'900.-, soit CHF 46'800.- annuellement. Ce montant doit être adapté afin de prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.8 heures par semaine en 2018 (CHF 48'906.-, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Autres activités de services). Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 48'906.-. Pour sa part, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu d'invalidé peut également être déterminé sur la base des statistiques de l'OFS. Dans sa décision, l'OAI est parti du principe que l'assurée était en mesure d'exercer une activité dans le domaine des nettoyages à un taux de 50%. Il s'est donc fondé sur le même revenu statistique que le revenu de valide. La Cour peut se rattacher à cette appréciation, étant constaté qu'elle est entièrement conforme aux conclusions des experts interrogés. L'on peut, par ailleurs, relever que se référer au salaire médian du secteur privé – représentant un spectre plus large d'activités potentielles – aboutirait à une solution moins favorable à la recourante, le montant statistique étant plus élevé que celui limité au seul domaine des nettoyages. L'OAI n'a pas pris en compte de désavantage salarial supplémentaire, ce qui apparaît en l'espèce conforme au pouvoir d'appréciation qui lui est reconnu en la matière. Partant, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 24'453.-. Compte tenu d'un revenu de valide de CHF 48'906.- et d'invalidé de CHF 24'453.-, le degré d'invalidité est fixé à 50% dans l'activité lucrative. Reste à procéder au calcul du degré d'invalidité compte tenu de la répartition de 70% pour l'activité lucrative et de 30% pour la tenue du ménage. Un degré d'invalidité de 50% a été reconnu dans la première et de 12.74% dans la seconde. Pondéré au partage des tâches, cela correspond à un taux de 35% dans l'activité lucrative et de 3.82% dans la tenue du ménage, soit un degré d'invalidité total de 38.82%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente. 8.3. Partant, l'assurée doit se voir reconnaître le droit à une rente entière du 1er juin 2016 au 30 juin 2018. Son recours doit dès lors être partiellement admis et la décision attaquée modifiée dans le sens précité. 9. Parallèlement à son recours, la recourante a demandé (608 2022 3) à bénéficier de l'assistance judiciaire et à ce que sa mandataire, Me Florence Bourqui, avocate au sein d'Inclusion Handicap, soit nommée défenseur d'office. Tribunal cantonal TC Page 20 de 22 9.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer

à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4). Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA).

9.2. En l'espèce, la recourante a produit un document du service social de sa commune, selon lequel elle bénéficie de la couverture de son budget. On peut dès lors retenir qu'elle ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. Par ailleurs, il y a lieu d'admettre que le recours ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait justifiée. En conséquence, il convient de mettre la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours et de lui désigner comme défenseure d'office Me Florence Bourqui, avocate.

10. 10.1. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours (608 2022 2) doit être partiellement admis et la décision litigieuse modifiée dans le sens que l'assurée a droit à une rente entière du 1er juin 2016 au 30 juin 2018. Le recours est rejeté pour le surplus.

10.2. Pour sa part, la requête d'assistance judiciaire (608 2022 3) est admise pour la procédure de recours et Me Florence Bourqui, avocate, est désignée défenseure d'office.

10.3. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'admission partielle du recours, ils sont proportionnellement répartis (cf. art. 131 al. 1 CPJA) à raison Tribunal cantonal TC Page 21 de 22 de CHF 400.- (1/2) à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- (1/2) à la charge de la recourante. Le montant de CHF 400.- à charge de la recourante n'est pas perçu compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite.

10.4. Pour le même motif, la recourante se voit reconnaître le droit à une indemnité de partie. Le 11 février 2022, sa mandataire a transmis une note de frais d'un montant total de CHF 752.-, à savoir CHF 693.30 au titre des honoraires (320 minutes à CHF 130.- de l'heure), CHF 5.30 au titre de frais et CHF 53.40 au titre de la TVA (7.7%). Compte tenu de l'admission partielle du recours, celle-ci est réduite par moitié à un montant de CHF 376.-, dont CHF 26.70 au titre de la TVA (7.7%). Il en résulte un solde de CHF 376.-, dont CHF 26.70 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg en tant qu'indemnité due au défenseur d'office.

la Cour arrête : I. Le recours (608 2022 2) est partiellement admis. Partant, la décision du 19 novembre 2021 est modifiée dans le sens que l'assurée a droit à une rente entière du 1er juin 2016 au 30 juin 2018. Le recours est rejeté pour le surplus. II. Les frais de justice, fixés à 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. III. L'indemnité partielle allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 376.-, dont CHF 26.70 au titre de la TVA (7.7%), et mise à la

charge de l'autorité intimée. IV. La requête d'assistance judiciaire (608 2022 3) est admise pour la procédure de recours et Me Florence Bourqui, avocate au sein d'Inclusion Handicap, est désignée défenseure d'office. V. Les frais de justice, par CHF 400.-, mis à la charge de la recourante, ne sont pas perçus. VI. L'indemnité allouée à Me Florence Bourqui en sa qualité de défenseure d'office est fixée à CHF 376.-, dont CHF 26.70 au titre de la TVA (7.7%), et mise à la charge de l'Etat de Fribourg. VII. 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. Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 6 mai 2022/ail Le Président : La Greffière :

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