



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

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

605 2017 276

Arrêt du 5 février 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marc Sugnaux, Erika Schnyder
Greffier : Alexandre Vial

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Inclusion Handicap,
Maître Karim Hichri

contre

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

Objet

Assurance-invalidité

Recours du 24 novembre 2017 contre la décision du 24 octobre
2017

considérant en fait

A. A. _____, née en 1981, domicilié à B. _____, mère d'un enfant, souffre de troubles psychiatriques depuis l'âge de 12 ans, liées à des maltraitements dont elle a été victime dans son enfance. Depuis le 27 mai 2014, on lui a aussi diagnostiqué un cancer des ovaires. Du point de vue professionnel, elle est au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce depuis 2004 et a exercé différents emplois temporaires entre 1999 et 2011.

B. En raison de ses diverses affections, elle est en incapacité totale de travail, médicalement attestée. A cet égard, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après : OAI), en date du 29 janvier 2016.

Par décision du 24 octobre 2017, l'OAI a rejeté sa demande, au motif que le degré d'invalidité est inférieur au minimum légal requis pour l'ouverture du droit à une prestation de l'AI. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a retenu qu'au vu de ses atteintes à la santé (dépression et cancer), la recourante n'avait jamais vraiment été en mesure de travailler. Dès lors, l'OAI s'est fondé sur sa capacité à remplir ses tâches de ménagère pour évaluer son degré d'invalidité. Suite à l'enquête économique sur le ménage, réalisée le 7 juin 2017, l'OAI a considéré que l'assurée était en mesure d'accomplir « *une activité ménagère en plein, avec des empêchements ménagers de l'ordre de 12.53%, réduit à 0 en raison de l'obligation de réduire son dommage de 30%* ».

C. Contre la décision de l'OAI du 24 octobre 2017, A. _____, représentée par Me Karim Hichri, avocat à Inclusion Handicap, interjette recours auprès du Tribunal cantonal en date du 24 novembre 2017, faisant valoir que c'est à tort que l'OAI a utilisé la méthode spécifique d'évaluation des revenus, fondée sur l'appréciation de ses activités ménagères, pour déterminer l'existence ou non d'un droit à prestation de l'AI. Elle considère que l'OAI aurait dû recourir à la méthode ordinaire de comparaison de revenus ou, à tout le moins, à la méthode mixte, partant de l'idée qu'elle aurait travaillé en l'absence d'atteinte à la santé. Elle rappelle qu'elle a exercé diverses activités depuis 1999 et jusqu'en 2011, peu importe, du reste, la rémunération desdites activités et que, sans ses atteintes à la santé, elle pourrait travailler à 50% comme employée de bureau. Elle fustige aussi l'appréciation de l'enquêtrice qui considère que les stages qu'elle a effectués ne sont pas des emplois, alors que ces derniers ont été réalisés dans le cadre de ses recherches d'emploi après l'obtention de son CFC. De plus, elle relève que ses difficultés à intégrer le marché de l'emploi résultent de ses troubles psychiques, documentées par le rapport de son médecin-psychiatre traitant, que l'OAI a rejeté, se fondant sur l'avis du médecin du Service Médical Régional Berne Fribourg Soleure (ci-après : SMR), établi par un médecin non spécialiste en psychiatrie. Au contraire, une incapacité totale de travail doit lui être reconnue au plan psychiatrique aussi bien qu'au plan somatique, le médecin oncologue ayant confirmé l'incapacité totale de travail. Enfin, elle critique l'appréciation de l'enquête économique, qui présente des divergences entre les affirmations de l'enquêtrice et les constatations du médecin-psychiatre traitant. Elle conteste également le taux de 30% appliqué à la réduction du dommage en ce sens qu'il ne se fonde pas sur des constatations objectivables. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement l'annulation de la décision de l'OAI et le renvoi de la cause audit office pour instruction complémentaire.

Le 29 décembre 2017, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais, de CHF 800.-.

D. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI a émis des observations circonstanciées, le 22 janvier 2018. A cette occasion, il a fait état que l'assurée n'a fait valoir ses troubles psychiques que tardivement et que, même en 2016, elle a omis de les mentionner. L'OAI en déduit que ces derniers ne sont donc pas de gravité telle qu'elle l'en affecte. Au contraire, l'OAI estime, des divers éléments du dossier, que l'assurée dispose de suffisamment de ressources mobilisables pour surmonter ses troubles : un compagnon, un entourage soutenant, sa fille, sa mère et sa belle-famille. De surcroît, selon l'OAI, elle a parfaitement été en mesure de gérer administrativement son dossier d'invalidité. L'OAI justifie l'application de la méthode spécifique au regard uniquement de l'atteinte oncologique. Il pointe les contradictions dans les déclarations de l'assurée qui avait d'abord annoncé qu'elle ne travaillerait pas sans son atteinte à la santé pour se rétracter par la suite, en mentionnant qu'elle exercerait une activité professionnelle à 50% et s'occuperait de sa fille pour le 50% restant. L'OAI considère que l'assurée n'a jamais démontré de manière vraisemblable qu'elle aurait travaillé en plein avant 2014.

Pour ce qui est de l'enquête ménagère, l'OAI explique que l'enquêtrice, au bénéfice d'une formation d'ergothérapeute, était parfaitement à même d'apprécier les empêchements d'un assuré dans la tenue de son ménage et avait connaissance des problèmes psychiatriques de la recourante, mais qu'elle « *n'a pas pu relever les limitations similaires à celles retenues par le psychiatre dans le cadre de la tenue du ménage* ». Pour ce qui est de l'abattement de 30% appliqué à l'obligation de réduire le dommage, l'OAI s'est fondé sur la jurisprudence du Tribunal fédéral qui considère qu'un conjoint travaillant à 100% doit être en mesure de consacrer 10.5 heures par semaine au ménage, auxquels il convient d'ajouter un abattement de 15% pour la fille écolière qui peut fournir une aide non négligeable une fois rentrée de ses cours ou durant les week-ends. Toutefois, les deux abattements n'ont pas été cumulés, car la limite maximale fixée par la jurisprudence est de 30%, afin d'éviter de dénier tout droit virtuel à une rente complète. L'OAI conclut donc au rejet du recours.

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

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

en droit

1.

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

2.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

2.1. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la

capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2^{ème} 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.*).

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité.

2.2. Depuis le 30 novembre 2017, la preuve du caractère invalidant d'un trouble dépressif doit désormais être apportée selon la même procédure probatoire structurée que pour les troubles somatoformes douloureux et autres pathologies associées, en appliquant les indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (TF 8C_841/2016). Cela vaut, en particulier aussi pour les dépressions légères à moyennes. Dans ce contexte, la résistance du trouble dépressif à un traitement conduit dans les règles de l'art n'est qu'un élément parmi d'autres. Il s'agit désormais aussi de comprendre les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, ce qui suppose de tenir compte d'un ensemble de facteurs considérés dans leur globalité. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus au centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Il convient plutôt d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs, dès lors que des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type de troubles. Au mieux, en fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. La personne assurée conserve le fardeau de la preuve du caractère invalidant de sa pathologie. Le médecin, respectivement l'expert, doit expliquer de manière plausible comme un trouble dépressif léger ou moyen, malgré – en principe – une bonne accessibilité au traitement, entraîne des limitations fonctionnelles qui se répercutent sur la capacité de travail de la personne assurée. Dans le même élan, le TF étend l'application de la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 à l'ensemble des troubles psychiatriques, dès lors que la majorité des troubles psychiatriques sont en réalité aussi peu objectivables que les troubles somatoformes douloureux et pathologies associées (TF 8C_130/2017). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves de l'ATF 141 V 281 lorsque celle-ci n'est pas nécessaire pour établir les faits ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve. Selon le TF, il en va ainsi, premièrement, lorsque l'on se trouve en présence de diagnostics « assimilables » à des troubles physiques (schizophrénie, anorexie, etc.) et que les évaluations médicales sont claires et concordantes, tant sur la question du diagnostic que celle des limitations fonctionnelles. Ensuite, on peut aussi renoncer à l'examen des indicateurs lorsque des rapports médicaux ayant pleine valeur probante concluent de manière convaincante à une incapacité de travail, sans que d'autres rapports de valeur équivalente n'établissent le contraire.

2.3. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie ». Avec le changement de pratique adopté par le

Tribunal fédéral, cela ne vaut plus de manière aussi absolue. La question déterminante est de savoir, comme pour les autres maladies psychiques, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, compte tenu du fait qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

3.

Aux termes de l'art. 8 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), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

3.1. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

3.2. 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 et les références citées).

3.2.1 Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé, la diminution de la capacité de gain se détermine en comparant le revenu qu'ils auraient pu obtenir s'ils n'étaient pas invalides avec celui qu'ils pourraient obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'eux 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 la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4).

Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées).

3.2.2. Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé 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 les art. 8 al. 3 LPGA et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI).

3.2.3. 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 et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans ces cas, 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. 27^{bis} RAI ; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, 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; ATF 121 V 366 consid. 1b).

3.3. Selon la jurisprudence, 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. A cet égard, 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 117 V 194 consid. 3b ; ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et ATF 125 V 146 consid. 5c/bb ; Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2).

A propos des méthodes d'évaluation des revenus, il sied de relever que la méthode mixte de calcul du degré d'invalidité a fait l'objet de nombreuses critiques lui reprochant d'aboutir à reconnaître un taux d'invalidité plus faible que celui qui ressort de la méthode de comparaison des revenus. D'autre part, il est reproché à cette méthode de ne pas tenir compte des réalités sociales et d'être discriminatoire, notamment parce qu'elle vise avant tout les femmes qui forment le pourcentage le plus important des travailleurs à temps partiel. Le Conseil fédéral a rendu un rapport sur cette question (Assurance-invalidité : évaluation du taux d'invalidité des personnes travaillant à temps partiel – Rapport du Conseil fédéral au postulat de Jans Beat, du 1^{er} juillet 2015 – 12.3960

Assurance-invalidité. Les travailleurs à temps partiel sont désavantagés), d'où il ressort qu'il est conscient des effets néfastes de la méthode mixte.

Le 2 février 2016, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a rendu un jugement (Affaire 7186/09 Di Tizio contre Suisse) dans lequel elle retient, en substance, que la méthode mixte constitue une discrimination indirecte faite aux femmes si l'activité lucrative exercée à temps partiel résulte d'accomplissement d'obligations familiales. En conséquence, le Conseil fédéral a modifié le RAI, en date du 1^{er} décembre 2017, avec effet au 1^{er} janvier 2018. Il résulte de la jurisprudence européenne précitée que la méthode mixte ne peut s'appliquer aux personnes qui ont réduit leur taux d'activité pour s'occuper d'enfants, car le travail à temps partiel n'est pas dû à des commodités personnelles, mais à l'accomplissement d'une tâche éducative liée au devoir parental. Dans le cas d'espèce, il y a lieu de se poser la question de savoir, dans l'hypothèse où l'assurée doit être considérée comme une personne active à 100% sans l'atteinte à la santé, si, comme elle le prétend, elle aurait réduit celle-ci à 50% pour s'occuper de sa fille.

4.

Le litige porte sur la détermination de degré d'invalidité donnant droit ou non à une prestation de l'AI, ainsi que sur la méthode de calcul appliquée pour déterminer le degré d'incapacité de travail.

4.1. Il sied de relever d'emblée que l'atteinte somatique à la santé, soit le cancer dont est victime la recourante, n'est pas contestée, ce qui n'est pas le cas de l'atteinte psychique qui, selon la recourante, serait invalidante, ce que conteste l'OAI. Deux questions doivent être résolues en l'espèce : la première de savoir si c'est à tort que l'OAI s'est limité uniquement à l'atteinte somatique pour évaluer le degré d'incapacité de travail de la recourante et la seconde, celle de la méthode choisie par l'OAI pour déterminer le degré d'incapacité de travail.

4.1.1. Il ne fait pas de doute que la recourante souffre de troubles psychiques depuis 2009, suite à de graves maltraitances dans sa jeunesse. Ces troubles 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. Elle est toujours sous traitement médicamenteux et suivi médical régulier à ce sujet.

Son psychiatre-traitant, le Dr C. _____, psychiatre et psychothérapeute à D. _____, retient comme diagnostics un état de stress post-traumatique chronique, un trouble dissociatif non spécifié, un trouble panique avec agoraphobie et des attaques de panique, lesquels la rendent totalement incapable de travailler. Il mentionne une prise en charge dès le 16 septembre 2009, pour une durée « *infinie* » (cf. rapport circonstancié du 13 février 2017, dossier OAI, p. 66).

Selon le SMR, dans sa prise de position du 20 octobre 2017, l'état de stress post-traumatique, ainsi que le trouble dissociatif font partie des troubles somatoformes douloureux n'ayant pas de valeur d'invalidité. Quant au trouble panique, il n'est habituellement pas source d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, moyennant traitement adéquat.

Pour tenir compte de la jurisprudence récente du TF en matière de troubles somatoformes douloureux, l'OAI a considéré que, dans le cas d'espèce, on pouvait « déduire de différents éléments du dossier que l'assurée dispose de suffisamment de ressources mobilisables pour surmonter ses troubles. L'assurée dispose d'un entourage soutenant : son compagnon, sa fille, sa mère et sa belle-famille. Notons également que son compagnon, propriétaire, ne demande aucun loyer à l'assurée, ce qui constitue un souci financier de moins, et que la garde de sa fille retrouvée en 2009 lui apporte énormément de réconfort. Il faut noter également que l'assurée a déclaré se sentir bien en s'occupant de sa chienne et de sa dernière portée, dont certains chiots sont prévus à la vente. De plus, durant la procédure administrative, l'assurée a pris contact sans aucune peine avec l'OAI-VD pour annoncer son déménagement sur le canton de Fribourg, elle a également su remplir et expliciter les réponses données à certains questionnaires de l'OAI-FR qui lui avaient été adressées, ou a su demander la production de son dossier durant la phase contentieuse. L'enquêtrice notait également que l'assurée arrivait à faire face à son atteinte oncologique de manière adéquate. Partant, l'on constate la présence des ressources mobilisables qui permettent à tout le moins d'écarter le caractère invalidants desdits troubles ».

4.1.2. L'argumentation de l'OAI ne saurait être suivie sans autre. En effet, si l'on peut admettre que la recourante dispose d'un entourage très présent et soutenant, qu'elle semble bénéficier d'une situation familiale équilibrée et stable, qu'elle dispose d'une agréable qualité de vie (présence apaisante d'une chienne, garde de sa fille récupérée, absence de soucis financiers, etc.), il n'en demeure pas moins qu'elle est affectée de troubles psychiques divers qui durent depuis de très nombreuses années et qui, malgré un traitement permanent et une thérapie continue et hebdomadaire, ne semblent pas entièrement maîtrisés et, selon le médecin-psychiatre traitant, sont encore cause d'incapacité totale de travail. A ces troubles s'ajoute une maladie « incurable métastatique », lourde de conséquences, elle aussi nécessitant un traitement douloureux et de longue haleine (cf. rapport médical du HFR du 19 avril 2017, service d'oncologie, dossier OAI, p. 81). A cet égard, on ne saurait se fonder sur la seule appréciation du médecin SMR, de surcroît non spécialiste en psychiatrie, et insuffisamment étayée, pour fonder un argument à satisfaction de droit pour justifier de l'absence d'incapacité de travail, respectivement de l'absence de toute perte de gain corollaire ; pas davantage du reste que celle de l'ergothérapeute, contredisant le rapport du médecin-psychiatre traitant, dont le rapport apparaît, sous cet angle, bien plus détaillé. A cet égard précisément, les conclusions de l'OAI reposent bien plus sur une appréciation subjective de la situation que sur un constat médical dûment étayé.

4.1.3 En outre, l'OAI a traité de manière dissociée l'aspect psychique et l'aspect somatique des atteintes à la santé. Si le cancer dont souffre la recourante, n'est pas remis en cause, il n'a, en revanche, pas été pris en considération par l'OAI dans le contexte général de l'état de santé de la recourante. Certes, la demande de rente n'a été déposée qu'en 2016 seulement, soit bien après que la recourante ait été empêchée de travailler en raison de ses troubles psychiques. Toutefois, en déduire, à l'instar de l'OAI, que ceux-ci ne devaient pas être invalidants, puisque ni les médecins-traitants ni les services sociaux qui se sont occupés alors de l'assurée, n'ont jugé utile de déposer une demande de prestation de l'AI à l'époque, constitue une conclusion dénuée de tout fondement. Il est sans doute surprenant que les services sociaux n'aient pas activé l'assurance-invalidité alors, mais on ne saurait en faire grief à la recourante et renoncer ainsi à instruire la cause sur la seule base de cette omission.

4.1.4 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 l'EVAM, à Lausanne, en 2009 (cf. extrait de compte individuel, dossier AI, p. 40), soit juste avant d'être régulièrement suivie pour ses problèmes psychiques. 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. De son côté, l'OAI s'est limité à analyser la situation de la recourante en tant que personne sans activité lucrative et donc sous l'angle de son activité dans son ménage. Il en a conclu qu'avec l'aide de tiers, son cancer n'avait pas de conséquences sur sa capacité à entreprendre ses tâches ménagères. Il est vrai qu'en 2016, 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. Dès lors, l'OAI aurait dû déterminer si, en l'absence desdits troubles, l'assurée aurait pu mener une activité lucrative et, si oui, à quel pourcentage, sachant que l'activité a débuté avant et s'est poursuivie après la naissance de l'enfant.

4.2 S'agissant de la méthode de calcul destinée à fixer le taux d'incapacité de travail, l'OAI a utilisé la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité qui consiste à apprécier la capacité d'un assuré à accomplir ses tâches ordinaires. Cette méthode s'applique aux personnes qui n'ont jamais exercé d'activité lucrative avant l'atteinte à la santé. Pour justifier le choix de cette méthode, l'OAI s'est fondé sur les déclarations de l'assurée : *« En effet, il ressort clairement du questionnaire rempli le 22 février 2016 par l'assurée qu'elle a coché la case << non >> à la question << exerceriez-vous, une activité lucrative sans handicap ? >> (pce 25 p. a3). Dans les raisons expliquant ce choix, l'assurée exposait qu'elle était à l'aide sociale depuis 2004, qu'elle était en dépression depuis 2005 et que sa fille était née en 2004 et mentionnait également son cancer en mai 2014. Il faut comprendre par cette énumération que l'assurée n'exercerait pas d'activité lucrative en raison non seulement de sa dépression et de son cancer, mais aussi en raison de la naissance de sa fille et du soutien apporté par l'aide sociale. D'ailleurs à la question suivante concernant la nature et le pourcentage d'activité qui serait exercée, l'assurée n'a rien complété. Preuve supplémentaire que l'assurée a compris la nature de la question et qu'elle y a répondu par la négative (ibidem) ».*

Or, comme on l'a vu, l'assurée a bien exercé une activité lucrative. Même si les revenus soumis à cotisations sont peu élevés, ils indiquent que l'assurée a bien essayé de s'insérer dans le marché du travail, quand bien même, compte tenu de sa situation de santé et de sa situation personnelle et familiale, il paraît évident que cette activité professionnelle n'était pas réalisable à temps complet. Dès lors, en vertu de l'obligation d'instruction d'office du dossier, l'OAI se devait d'analyser la question de la perte de revenus liés à un problème de santé et donc remonter aux atteintes antérieures au cancer.

5.

La Cour de céans considère dès lors que le dossier est lacunaire en l'état. Partant, il s'avère nécessaire à l'instruction complète du dossier de soumettre la recourante à une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et oncologique, afin de connaître exactement les effets des atteintes à la santé sur sa capacité effective de travail et de déterminer à partir de quand remonte l'incapacité de travail. Une fois cette expertise réalisée, l'OAI pourra procéder à l'évaluation de la perte de gain, en se fondant sur la méthode appropriée au vu, notamment, des conclusions des expertises médicales.

Il se justifie donc d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI, à charge pour cet office de compléter l'instruction du dossier dans le sens des considérants.

6.

6.1. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis, partant la décision de l'OAI du 24 octobre 2017 doit être annulée et le dossier renvoyé à l'autorité pour instruction complémentaire au sens des considérants.

La procédure n'est pas gratuite et les frais de la cause doivent être mis à charge de l'autorité qui succombe. La recourante obtenant gain de cause, elle a droit à des dépens.

6.2. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

L'avance de frais versée par la recourante lui est restituée.

6.3. Ayant ainsi obtenu gain de cause, cette dernière a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Appelé à en fournir le justificatif, le mandataire a renoncé à déposer une liste de frais et honoraires, laissant au Tribunal le soin de les fixer ex aequo et bono. Compte tenu de la difficulté de l'affaire, ainsi que des opérations nécessaires à la conduite de la présente procédure, consistant principalement en l'étude du dossier et le dépôt d'un mémoire de recours, d'environ 7 pages, à raison d'une durée de 8 heures de travail considérées équitables, celles-ci tarifées à CHF 130.- (avocat n'exerçant pas comme indépendant, mais au sein d'un organisme assistant les handicapés), soit un montant de CHF 1'040.-, auquel s'ajoute un montant de CHF 80.10 au titre de la TVA à 7.7%, pour une indemnité totale de CHF 1'120.10. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

Cette somme doit être mise intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction (expertise bi-disciplinaire) complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg qui succombe.

Dans le même temps, l'avance de frais versée par la recourante lui est restituée.

III. L'indemnité allouée à Me Karim Hichri, avocat à Lausanne au sein d'Inclusion Handicap, en sa qualité de mandataire, est fixée à CHF 1'120.10, TVA de CHF 80.10 comprise, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 5 février 2019/esc

Le Président :

Le Greffier :