



**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 2018 161
605 2018 162

Arrêt du 21 novembre 2018

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président: Marc Boivin
Juges: Daniela Kiener, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur: Philippe Tena

Parties

A. _____, recourante, représentée par Me Paolo Ghidoni, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité; nouvelle demande; choix de la méthode;
méthode mixte

Recours du 2 juillet 2018 contre la décision du 4 juin 2018 et
demande d'assistance judiciaire du même jour

considérant en fait

A. A. _____, née en 1971, mariée et domiciliée à B. _____, avait, par le biais de ses parents, déposé une demande de prestations pour mineurs auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) le 19 février 1979, en raison d'une hypertonie droite, présente depuis sa naissance.

Par décisions du 30 mai 1980 et du 15 mars 1986, l'OAI lui avait reconnu le droit à la prise en charge des mesures médicales ainsi que les frais de voyage y associés.

B. Ayant, entretemps, réussi une formation de téléopératrice, le 7 novembre 2000, elle a, de nouveau, requis l'octroi de prestations auprès de l'OAI en raison d'atteintes à *"tout le côté droit"*, présentes depuis la naissance.

Elle s'est vu reconnaître le droit à la prise en charge de moyens auxiliaires (chaussures orthopédiques) par communication du 29 novembre 2000.

Par la suite, elle a travaillé auprès de divers employeurs, en dernier lieu à 50% en tant qu'employée de bureau d'une entreprise active dans la fourniture et la pose de revêtements de sol.

C. Le 26 juin 2010, elle s'est tordu la main gauche en aidant une personne à s'asseoir. Une diminution de rendement de 50% a été médicalement attestée depuis cette date.

Le 16 octobre 2011, elle a déposé une troisième demande de prestations devant l'OAI, se référant à l'événement du 26 juin 2010. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment diligenté une enquête au domicile de l'assurée.

Puis, par décision du 1^{er} octobre 2013, il a rejeté la demande de rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 27.90% du 29 juin 2010 au 31 mars 2012 et de 23.40% dès le 1^{er} avril 2012. L'invalidité était évaluée selon la méthode mixte avec un partage par moitié.

D. Courant juillet 2016, l'assurée s'est cogné le genou droit contre la rambarde d'un escalier. Elle a fait une quatrième demande auprès de l'OAI le 27 avril 2017, alléguant souffrir d'une hypotrophie de l'hémicorps droit, de gonalgies persistantes à la suite du trauma ainsi que d'entorses récidivantes.

Au titre de mesure d'instruction, l'OAI a notamment diligenté une nouvelle enquête au domicile de l'assurée.

Par décision du 4 juin 2018, reprenant un projet du 24 avril 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente en raison d'un degré d'invalidité de 1.64%, correspondant à une incapacité de 31.64% calculé selon la méthode spécifique, réduite de 30%.

E. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Paolo Guidoni, avocat, interjette recours (605 2018 161) devant le Tribunal cantonal le 2 juillet 2018, concluant, avec suite de frais et dépens, à la mise sur pied de mesures d'instruction complémentaires.

A l'appui de ses conclusions, elle conteste l'usage de la méthode spécifique, indiquant notamment avoir travaillé et fait des recherches d'emploi ces dernières années. Elle se prévaut ensuite des rapports de ses médecins traitants, notamment son psychiatre, lesquels attestent de son

incapacité de tenir son ménage, et précise qu'elle prend de nombreux médicaments, souffre de troubles du sommeil et se déplace avec des béquilles. Elle se plaint ensuite d'une violation de son droit d'être entendu dès lors qu'elle n'a ni été en mesure de se prononcer sur les modalités de l'enquête ménagère ni vu transmettre le rapport une fois celle-ci réalisée.

Parallèlement au recours, l'assurée a également déposé une requête d'assistance judiciaire totale (605 2018 162), demandant que son mandataire, Me Paolo Guidoni, soit désigné défenseur d'office.

Dans ses observations du 14 août 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève en particulier que l'enquête domiciliaire n'est pas assimilable à une expertise médicale, de sorte que c'est à tort que la recourante se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue. En outre, il confirme la méthode spécifique utilisée, celle-ci étant confortée par l'ensemble des pièces au dossier. Enfin, il se prévaut des conclusions de l'enquête domiciliaire, qu'il soutient être pleinement probante.

Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures, étant précisé que la recourante a spontanément transmis différents rapports médicaux le 25 septembre 2018.

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

en droit

1.

Le recours est recevable. Il 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.

2.

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 fédérale 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. 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 en cas de troubles somatoformes douloureux persistants ou de 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 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.).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique – troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie compris – 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 à 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. Selon 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 raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

3.2. La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. 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).

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. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGa) (arrêts TF 9C_22/2010 du 2 juin 2010 consid. 4 et I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3).

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 1^{er} janvier 2014).

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 no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564).

La méthode mixte d'évaluation du taux d'invalidité a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CourEDH). Dans son jugement du 2 février 2016, celle-ci a considéré que, dans le cas précis d'une mère de jumeaux, l'usage de la méthode mixte représentait une violation du droit au respect de la vie privée et familiale (art. 8 CEDH) combiné avec l'interdiction de discrimination (art. 14 CEDH; cf. arrêt CourEDH n° 7186/09 *Di Trizio c. Suisse* du 2 février 2016).

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 1^{er} 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).

4.

4.1. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 *in* SVR 2010 IV n° 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

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

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b).

5.

5.1. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Le principe inquisitoire n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).

5.2. 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 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; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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).

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).

5.3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

5.4. L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'assurés qui s'occupent du ménage (cf. Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, ci-après: CIIAI, ch. 1058).

En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1; I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 *in* VSI 2004 p. 139 s.).

Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1).

6.

Est d'abord contesté l'usage de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité, ce qui implique d'examiner les pièces au dossier.

Dans sa quatrième demande de prestations du 27 avril 2017, la recourante a indiqué être femme au foyer depuis mai 2012 (dossier OAI, p. 583). Dans le questionnaire à l'intention des personnes

s'occupant du ménage, la recourante indique n'avoir aucun employeur et répond par la négative à la question *"aujourd'hui et sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée?"* (dossier OAI, p. 611). A l'enquêtrice, elle indique qu'elle n'a pas envoyé de postulations depuis 2012 (dossier OAI, p. 686).

Cependant, le contenu de la quatrième demande de prestations du 27 avril 2017 peut également être compris comme la seule indication de son statut actuel. Dans ce sens, il n'atteste que le fait qu'elle est femme au foyer depuis mai 2012 (dossier OAI, p. 583). Au demeurant, la recourante avait déjà répondu par la négative à la question *"aujourd'hui et sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée?"* dans le précédent questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage qui lui avait été adressé (dossier OAI, p. 453). Cela n'avait pourtant pas empêché l'OAI de considérer que l'assurée aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à un taux de 50% et consacré le 50% restant à la tenue de de son ménage dans sa décision du 1^{er} octobre 2013 (dossier OAI, p. 569). Par ailleurs, l'absence de postulation "avouée" à l'enquêtrice est mise en lien avec les différentes atteintes à la santé de la recourante (*"Elle avoue qu'elle n'a pas recherché de travail depuis 2012. Elle justifie en abordant ses différentes atteintes à la santé"*; dossier OAI, p. 686).

Les différentes déclarations de la recourante doivent ainsi être fortement relativisées.

Au contraire, l'on constate, que, suite à son licenciement en mai 2012, la recourante a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage, puis a cotisé des sommes réduites jusqu'en 2015 ce qui présage de l'exercice d'une activité lucrative, bien que réduite (dossier OAI, p. 601). Entre 2012 et 2018, elle a fait différentes postulations pour des taux d'environ 50%, soit le même pourcentage qu'elle exerçait auprès de ses derniers employeurs avant la survenance de sa dernière période d'incapacité de travail (dossier OAI, p. 451; cf. ég. bordereau recours, pièces 4).

Dans ces circonstances, il apparaît que l'absence de travail décrétée par l'OAI s'inscrit uniquement dans un contexte de périodes où une incapacité de travail est alléguée et, par ailleurs, médicalement attestée par certains médecins. On ne saurait rien en déduire, d'autant plus qu'il existe des recherches d'emploi de la part de la recourante.

La thèse de l'OAI quant à l'absence de toute activité professionnelle apparaît dénuée de fondement. Il est bien plus vraisemblable que, en santé, la recourante aurait continué à travailler à un taux de 50%.

La *méthode dite mixte* d'évaluation du taux d'invalidité trouve donc application.

7.

S'agissant d'une nouvelle demande déposée le 27 avril 2017, il convient d'examiner si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification notable. La décision du 1^{er} octobre 2013 constitue le point de départ temporel.

Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2).

Dans un premier temps, la Cour se concentrera sur l'évolution de la capacité de gain sous l'angle de l'exercice d'une activité lucrative.

7.1. Dans sa décision du 1^{er} octobre 2013, du 29 juin 2010 (début du délai d'attente d'un an) au 31 mars 2012, l'OAI avait considéré que l'assurée ne pouvait exercer son activité d'employée de bureau qu'à un 50% de son 50%. Pour la suite, depuis le 1^{er} avril 2012, l'Office a fixé l'incapacité à 41% dans l'activité lucrative (dossier OAI, p. 569).

Lorsque l'assurée avait déposé sa demande de prestations le 16 octobre 2011, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, diagnostiquait un syndrome douloureux diffus de l'avant-bras, du poignet et de la main gauche. Il attestait d'une capacité de travail de 50% d'un mi-temps dans l'activité d'employée de bureau (dossier OAI, p. 128, 152, 290, 323; cf. ég. p. 129, 131). A la même époque, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisait également état d'une extension douloureuse de la main gauche, lequel empêchait sa patiente à travailler à plus de 50% de son mi-temps (dossier OAI, p. 147).

Cette situation s'est cependant améliorée. En mars 2012, le Dr C. _____ a ainsi estimé la capacité de travail à un 100% d'un 50%, compte tenu d'une légère diminution de rendement, dans l'ancienne activité d'employée de bureau qu'il considérait comme adaptée (rapports des 13 mars et 30 octobre 2012, dossier OAI, p. 323 et 441; cf. ég. p. 347, 381, 382, 472, 532). Pour sa part, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a indiqué que sa patiente pouvait exercer l'activité de secrétaire à 100%, émettant seulement des restrictions en lien avec des activités lourdes (rapport du 7 mai 2013, dossier OAI, p. 464; cf. ég. p. 517 et 534).

Le médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents qui prenait en charge l'accident du 26 juin 2010, le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, estimait d'abord *"souhaitable que [la recourante] puisse continuer à bénéficier d'une incapacité de travail de 50% à partir du 01.06.2012"* (rapport du 4 juin 2012, dossier OAI, p. 393). Il a, par la suite, considéré qu'une activité adaptée – notamment celle d'employée de bureau – pouvait être exercée à 100% avec un plein rendement. Le médecin émettait des restrictions en lien avec la main gauche (vibrations, à-coups, ports de charges de plus de 2 kg environ, activité monotone ou répétitive, contrainte) et avec la main droite (limitation partielle au point de vue de la charge et de la force de préhension) (rapport du 4 avril 2013, dossier OAI, p. 493).

A l'instar de l'OAI dans sa décision du 1^{er} octobre 2013, l'on constate ainsi l'existence d'une capacité de travail de l'ordre de 25% (50% de 50%) jusqu'en mars 2012, date du premier rapport du Dr C. _____ attestant d'une capacité de travail de 50%. Puis, celle-ci doit être considérée comme entière dès avril 2013, ainsi que l'attestent le Dr F. _____ et le Dr E. _____.

7.2. Reste à examiner si la situation a évolué depuis lors. Dans sa demande du 27 avril 2017, la recourante se prévalait de l'hypotrophie de l'hémicorps droit présente depuis sa naissance, mais également de gonalgies persistantes à la suite d'un trauma de juillet 2016 (genou droit contre la rambarde d'un escalier) ainsi que d'entorses récidivantes (dossier OAI, p. 583).

Certains médecins attestent d'une capacité de travail extrêmement restreinte. En particulier, le Dr C. _____ estime ainsi que sa patiente *"est limitée dans quasiment toutes les activités usuelles"*. Selon lui, *"il n'y a pas eu de certificat officiel d'incapacité de travail, mais il y a lieu d'admettre une incapacité totale du fait de l'importance de la pathologie, tout d'abord au niveau du*

genou, puis, distalement dans tout le membre" (rapport du 1^{er} septembre 2017, dossier OAI, p. 653). Pour sa part, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indique que *"l'incapacité de toute activité lucrative est observée"*. Son discours n'est cependant pas claire, le psychiatre tendant à rattacher cette incapacité de travail essentiellement à des troubles somatiques, renvoyant notamment à l'avis des *"médecins somaticiens"* lorsqu'interrogé sur la problématique de la réinsertion, mais également à des motifs extra-médicaux tels qu'une situation familiale complexe (rapport du 19 juillet 2017, dossier OAI, p. 647; rapport du 5 juillet 2018, bordereau, pièce 21).

Cette incapacité totale de travail attestée par le généraliste et le psychiatre traitant est relativisée par la Dresse H. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Celle-ci fait état des diagnostics invalidants de (suspicion de) CRPS au genou droit, de faiblesse du corps du côté droit et status après pied bot droit, ainsi que du diagnostic non-invalidant de dépression. Elle estime que sa patiente ne peut travailler que quatre heures par jours dans une activité assise ou permettant le changement de positions, sans position penchée, accroupie ou à genoux, sans travail avec les mains au dessus de la tête, sans port de charges et sans travail sur une échelle ou sur des escaliers (rapport du 24 juin, dossier OAI, p. 616; cf. ég. p. 660).

L'appréciation de la capacité de travail des précités n'est, cela étant, pas partagée par le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci diagnostique un *"lymphoedème épifacial secondaire d'origine multifactorielle"* ainsi qu'une *"instabilité ligamentaire au pied droit"*. Il estime que ces diagnostics ne limitent pas l'assurée dans l'exercice d'une activité, pour autant que celle-ci permette un changement de position, que le périmètre de marche soit très limité (2 mètres) et qu'il n'y ait pas de port de charge de plus de 5 kg (rapport du 30 juin 2017, dossier OAI, p. 638). De même, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, n'atteste d'aucune incapacité de travail: Mais il précise se limiter au strict point de vue angiologique (rapport du 3 juillet 2017, dossier OAI, p. 631; cf. ég. p. 635).

Enfin, le Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional, n'examine pas réellement le cas de la recourante, se prévalant du motif qui suit: *"l'assurée est actuellement femme au foyer. Les atteintes à la santé actuellement alléguées ne sont certainement pas responsables d'empêchements ménagers importants. Cependant, l'invalidité des ménagères doit être chiffrée par une enquête ménagère et pas par le médecin"* (rapport du 9 novembre 2017, dossier OAI, p. 665).

7.3. Il ressort de ce qui précède que la situation médicale n'est pas claire. Dans le présent cas, l'OAI semble s'être – suivant en cela l'avis du médecin du SMR – contentée de cette situation car il envisageait de fonder sa décision sur les seules conclusions de l'enquête économique sur le ménage en raison de l'utilisation de la méthode spécifique.

Néanmoins, même l'usage de la seule méthode spécifique – laquelle, on l'a dit, ne trouve pas application ici – ne libérerait pas l'administration de son devoir d'examiner la situation médicale de manière complète et convaincante. En effet, pour qu'un rapport d'enquête économique sur le ménage puisse être suivi, l'enquêteur doit avoir pleinement connaissance des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Si les rapports médicaux se révèlent – comme dans le présent cas – contradictoires entre eux – le champ allant du 0% au 100% –, l'on est bien en peine de déterminer à quelles conclusions médicales l'enquêteur peut se fier.

En l'espèce, le dossier de la cause ne permet donc pas à la Cour de trancher la question litigieuse. Dans ces circonstances, il convient de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire afin non seulement d'apprécier de manière convaincante la situation médicale mais aussi de déterminer les limitations de la recourante tant dans une activité lucrative que dans ses activités domestiques.

Il appartiendra en outre à l'autorité intimée de tenir compte des nouvelles dispositions réglementaires relatives à la méthode mixte entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018. A cet égard et au vu des considérants de la décision d'espèce, elle devra veiller à respecter les recommandations déjà émises par la II^{ème} Cour des assurances sociales dans ses arrêts du 6 mars 2018 (608 2017 18) et du 16 juillet 2018 (608 2018 45 consid. 6.1) s'agissant de l'évaluation de l'incapacité dans le domaine ménager, soit ne pas prendre en compte un devoir d'assistance forfaitaire.

Compte tenu de l'admission du recours et du renvoi, il n'est pas nécessaire de statuer sur la prétendue violation du droit d'être entendu.

8.

Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours (605 2018 161), bien fondé, doit être admis. Partant, la décision attaquée est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le recours étant admis, la demande d'assistance judiciaire totale (605 2018 162) devient sans objet.

Compte tenu de l'issue du litige, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit une indemnité de partie pour ses frais de défense. Invité à produire sa liste de fais détaillée par courrier du 21 août 2018, le mandataire du recourant n'en a produit aucune de sorte que la Cour fixe l'indemnité d'office et selon sa libre appréciation (art. 11 al. 1 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative; Tarif JA, RSF 150.12). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), celle-ci est fixée à un montant total de CHF 2'800.20, soit CHF 2'500.- au titre d'honoraires (10 heures à CHF 250.-), CHF 100.- au titre de frais et CHF 200.20 au titre de la TVA (7.7%). Le montant total est donc de CHF 2'800.20, dont CHF 200.20 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête:

I. Le recours (605 2018 161) est admis.

Partant, la décision du 4 juin 2018 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

II. La demande d'assistance judiciaire totale (605 2018 162), devenue sans objet, est classée.

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

IV. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'800.20, dont CHF 200.20 au titre de la TVA (7.7%), et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée

V. Notification.

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

Fribourg, le 21 novembre 2018/pte

Le Président:

Le Greffier-rapporteur: