



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

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

608 2018 156

608 2018 157

## **Arrêt du 2 septembre 2019**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud  
Greffier-rapporteur : David Jodry

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourante**, représentée par Procap  
contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité

Recours du 13 juin 2018 (608 2018 156) contre la décision du 8 mai 2018 et requête d'assistance judiciaire gratuite partielle déposée le même jour (608 2018 157)

## considérant en fait

A. L'assurée, née en 1984, entrée en Suisse en 1998, divorcée, mère de deux enfants, a suivi la scolarité primaire; elle n'est au bénéfice d'aucune formation apprise, ayant interrompu son CFC de coiffeuse à sa 2<sup>ème</sup> année.

Après une demande de détection précoce du 13 décembre 2011, elle a déposé, le 1<sup>er</sup> mars 2012, une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), indiquant souffrir d'un kératocône bilatéral à la cornée, atteinte génétique existant depuis la naissance.

Par décision du 5 mars 2013, l'OAI a rejeté cette demande de prestations, faute d'invalidité ou de menace d'invalidité. Il était notamment tenu compte d'un 20% dévolu aux tâches ménagères, dès lors que l'assurée avait indiqué que sans handicap, elle aurait travaillé à 80%. Cette décision n'a pas été attaquée.

Suite à une nouvelle demande de détection précoce, du 29 août 2014, l'intéressée a déposé, le 22 septembre 2014, une 2<sup>ème</sup> demande de prestations AI, invoquant un kératocône aux deux yeux, existant depuis sa préadolescence. Le 18 mai 2015, l'OAI refusa d'entrer en matière sur dite demande.

Le 11 novembre 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande pour des prestations sous forme d'allocation pour impotent de faible degré chez une personne handicapée de la vue.

Le 6 avril 2016, elle a produit une nouvelle demande de prestations AI pour une rente, invoquant une dystrophie de la rétine (diagnostic établi depuis octobre 2015, cf. dos. OAI p. 143) congénitale avec cécité légale.

Par décision du 13 septembre 2016, l'assurée est mise au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> août 2016.

Le 8 mai 2018, confirmant son projet du 24 février 2017 et après objections de l'assurée du 28 avril 2017, l'OAI lui a refusé le droit à une rente, retenant, usant de la méthode spécifique, respectivement, un empêchement dans la tenue du ménage de 18.9%, réduit à zéro en tenant compte de l'obligation de réduction du dommage.

B. Contre cette décision, l'assurée recourt auprès du Tribunal de céans le 13 juin 2018, concluant sous suite de frais et dépens, à la constatation de son droit à des prestations AI, et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Dans le même acte, une requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (AJP) est déposée.

Dans son complément au recours du 31 août 2018, la recourante demande une application de la méthode mixte pour déterminer son degré d'invalidité, et non de celle spécifique, remet en cause la réduction de 30% de ses empêchements dans la conduite ménagère, et soutient que le volet psychiatrique de son atteinte à la santé n'a pas été instruit alors qu'il l'aurait dû.

C. Dans ses observations du 10 octobre 2018, l'OAI conclut au rejet du recours. L'application de la méthode spécifique était justifiée; au vu de l'obligation de réduction du dommage, il pouvait être tenu compte d'une aide exigible de la part des proches de l'assurée à hauteur de 30%; les empêchements quantifiés lors de l'enquête à domicile l'ont été avec exactitude; les troubles psychiques évoqués sont non invalidants et, de surcroît, dans le cadre de la méthode spécifique,

le taux d'invalidité se calcule eu égard aux empêchements ménagers, non en fonction de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 12 mars 2019, la recourante produit une pièce médicale de son ophtalmologue. Son mandataire demande, le 9 avril 2019, à l'instar de sa cliente, qu'elle soit jointe au dossier, et maintient la motivation de son recours.

Aucun échange supplémentaire d'écritures n'a été ordonné.

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 de droit du présent arrêt.

## en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision, le recours est recevable.

2.

2.1. Aux termes 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. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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.

2.2. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la *méthode ordinaire*, la *méthode mixte*, la *méthode spécifique* et la *méthode extraordinaire*.

2.2.1. 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 sans 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).

2.2.2. 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. 3086 dans son état au 1<sup>er</sup> janvier 2016).

De jurisprudence constante, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (cf. not. ATF 133 V 504 consid. 4.2).

2.2.3. La *méthode dite mixte* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique 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. Il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels (ménage) par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'art. 27<sup>bis</sup> al. 2 à 4 RAI prescrit 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).

2.3. 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. (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> 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).

2.4. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). De jurisprudence, il y a lieu, cas échéant, d'accueillir avec une certaine réserve 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).

2.5. 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).

3.

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'AI.

3.1 La recourante remet en cause l'application de la méthode spécifique pour déterminer son degré d'invalidité, considérant que c'est celle mixte qui devait être employée, dès lors que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à tout le moins à 80%.

3.1.1. Pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il 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 se demander ce que ce dernier aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 141 V 15 consid. 3.1 et les références). Cette évaluation tiendra notamment compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt TFA I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1), établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Le choix de la méthode dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3); à cette aune, il convient d'examiner 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; 133 V 504 consid. 3.3; 131 V 51 consid. 5.1.2 et 125 V 146 consid. 5c/bb; arrêts TF 9C\_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4; I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2).

3.1.2. En l'espèce, la Cour relève que pour fonder sa décision initiale de refus de prestations de 2013, l'OAI a pris en considération l'exercice par l'assurée d'une activité lucrative au taux de 80%, les 20% restants étant dévolus aux travaux habituels (ménage). Il a donc fait application de la méthode mixte. On ne distingue pas pour quel motif il ne le fait plus désormais, les explications données à cet égard, reprenant ce qu'avait considéré l'enquêtrice à domicile (refus de se rendre à un entretien en 2015 auprès d'une structure aidant les personnes éloignées du monde du travail; indication que sans atteinte à la santé, elle ne voudrait pas travailler à 100%, afin de s'occuper de l'éducation de ses enfants; extrait de compte individuel montrant une absence d'activité lucrative depuis 2010, hormis des emplois intérimaires de très courte durée; pas de justificatifs d'une recherche régulière d'un emploi) pour ce changement de méthode n'emportent pas conviction.

Certes, l'extrait de son compte individuel (cf. dos. OAI 238) montre qu'elle a alterné les très courtes périodes de travail avec celles au chômage, perçu de faibles gains, et été inscrite plusieurs années comme personne sans activité lucrative (aide sociale), dont celles précédant la décision attaquée. Cependant, tel était déjà le cas avant la première décision intervenue. Pour autant, l'Office avait retenu les taux précités et la méthode mixte, reprenant l'indication donnée par l'assurée le 27 septembre 2012 (cf. dos. OAI 69), à savoir que sans handicap, elle travaillerait comme vendeuse, caissière (voire coiffeuse), ce à 80%, pas à 100%, vu ses deux filles en bas âge.

L'on ajoutera que l'assurée, née en 1984, a interrompu son apprentissage en 2<sup>ème</sup> année en 2002, eu, très jeune, son premier enfant l'année suivante, et le second en 2007, année de son divorce d'avec le père de son premier; qu'elle aura (seule) la garde de ses deux enfants, ayant notamment indiqué en 2006 que le premier père n'exerçait pas son droit de visite depuis un an déjà; qu'en

juillet 2008, il fut médicalement fait état de certaines difficultés de vision, avec notamment un diagnostic de kératocône à l'œil gauche (cf. dos. OAI, p. 64); qu'en 2011, pour sa première demande de prestations AI, elle se plaignait déjà d'une atteinte à la vue, qui si elle n'a pas été retenue comme invalidante par l'OAI, n'en a pas été niée pour autant; que si, en 2015, elle ne participa pas même à un premier entretien auprès d'une structure visant à lutter contre le chômage de longue durée et à aider les personnes durablement exclues du marché du travail, il convient de se rappeler que le point de départ de l'impossibilité d'exercer une activité lucrative fut fixé à cette même année par le Service médical régional (SMR); qu'elle a expliqué avoir effectué un remplacement de nettoyeuse ainsi que suivi des cours pour la vente dans le cadre de l'assurance-chômage, et soutenu avoir alors activement cherché un emploi au taux de 80% (cf. objections, p. 4, dos. OAI 277); qu'enfin, elle a soutenu avoir eu un by-pass gastrique posé (en 2013?) et subi plusieurs autres opérations chirurgicales de ce fait par la suite, en sus d'une greffe à l'œil gauche en 2014.

Les éléments rappelés ci-dessus justifient, dans le cas d'espèce, de relativiser les données ressortant de l'extrait de compte, étant au demeurant souligné que le choix de la méthode doit se faire sur la base de la volonté hypothétique de l'assurée et de l'ensemble des circonstances, et non pas de son seul parcours professionnel passé. Il y a dès lors lieu de retenir, à l'instar de ce que l'intéressée a toujours soutenu et de ce qu'a initialement pris en compte l'OAI, que sans atteinte invalidante à la santé, l'assurée, au vu en particulier de sa situation financière difficile et du large panel d'activités non qualifiées à sa disposition, aurait cherché à exercer une activité lucrative. C'est donc la méthode mixte qui devait à nouveau être appliquée, et non celle spécifique.

3.1.3. S'agissant du taux auquel dite activité lucrative aurait été exercée sans atteinte à la santé, ceci:

Si l'assurée a à plusieurs reprises indiqué que sans atteinte (déterminante) à la santé, elle travaillerait entre 80 et 100%, il est constaté qu'elle n'a mentionné ce seul dernier taux que dans le questionnaire du 7 juillet 2016 (cf. dos. OAI 190), ne le fit plus ultérieurement, et l'avait exclu antérieurement tout en donnant celui précis de 80%, indications (claires) auxquelles il y a lieu de donner un poids prédominant en vertu du principe des premières déclarations. Ces dires directs du 27 septembre 2012 et de ses objections, p. 4, ainsi que ceux rapportés (service social et curatelle; cf. rapport d'entretien téléphonique du 12 décembre 2016, dos. OAI 235; prise de position du service externe du 23 mai 2017, dos. OAI 294; également objections, p. 2), respectivement, excluent ce temps plein et/ou limitent à 80% le taux d'activité. Pour la Cour, au vu de l'ensemble de la situation, le taux de 80% donné par l'assurée de façon claire en 2012 et pris en compte dans la première décision de 2013, non contestée, est celui, au (grand) maximum, auquel elle exercerait une activité lucrative sans atteinte à sa santé déterminante.

3.2. Le degré d'invalidité de l'assurée doit dès lors être déterminé selon la méthode mixte, en tenant compte d'un 80% d'activité lucrative, et d'un 20% destinés aux travaux habituels.

3.2.1. Se fondant sur le dossier médical, le SMR, Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, retient, le 4 mai 2016 (dos. OAI 177), qu'outre un kératocône à gauche, greffé en mars 2014, sans amélioration, et une photophobie, l'assurée souffre principalement d'une dystrophie congénitale de la rétine, atteinte progressive; il y a désormais cécité légale et seul un taux de présence exigible de 10% dans une activité adaptée est attesté; compte tenu du contexte psycho-social, ce taux est cependant peu probable. Le 29 juillet 2016 (dos. OAI 205), il relève qu'elle peut compter les doigts à 1 mètre avec l'œil droit, ne perçoit que les mouvements de la main avec celui gauche, ce qui équivaut à une acuité visuelle inférieure à 0,1 des deux côtés. Une incapacité de travail totale dans

toute activité lucrative est justifiée. Compte tenu du diagnostic de dystrophie de la rétine, la cécité est définitive. Vu l'aggravation de la perte de vue rapportée entre août et décembre 2015, le début de dite incapacité se situe entre deux. L'OAI arrêta le début du délai de un an au 1<sup>er</sup> octobre 2015.

Ces éléments ne sont nullement contestés et la Cour les faits siens. Le certificat médical produit en procédure de recours ne les modifie en rien. Le grief de la recourante selon lequel l'instruction médicale aurait été insuffisante quant au volet psychiatrique est sans pertinence à cet égard, la seule atteinte somatique ayant déjà justifié une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative (dans le même sens, cf. le courriel de l'ancienne mandataire, du 5 mai 2017, dos. OAI 282; également complément du recours, p. 10). Il doit uniquement être examiné relativement aux travaux habituels.

3.2.2. Dans son rapport du 10 juillet 2017 (dos. OAI 297), la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante, retient, avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), depuis au moins septembre 2016, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), depuis au moins 2012, et de, très probablement, personnalité émotionnellement labile (F60.3), depuis sa jeunesse; sans influence (psychique) sur dite capacité, elle indique une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4) depuis plus de 10 ans au moins, ainsi que l'atteinte à la vue.

Pour la Cour, se borner strictement à écrire (cf. complément du recours, p. 10) que l'aspect psychiatrique n'est pas instruit en suffisance alors qu'il devrait l'être notamment au regard du rapport précité de la psychiatre traitante constitue une critique totalement insuffisante, singulièrement s'agissant de tout ce qui concerne les travaux habituels. Elle ne justifie en particulier aucunement une remise en cause des empêchements retenus dans l'enquête domiciliaire. Dont d'ailleurs, hormis le taux de réduction du dommage – et non le principe de celle-ci –, aucun des éléments n'est remis en cause par la recourante, qui en admet donc le contenu.

Par surabondance, l'on relèvera que le suivi de l'assurée a débuté le 26 septembre 2016, bien après que sa maladie de la vue a sorti ses effets délétères, qu'il est de fait intervenu d'urgence suite à une agression physique (aspect réactionnel, induisant une durée limitée et non déterminante ici) et que la patiente avait été vue jusqu'en juin 2017 sur un rythme de 1x par mois; qu'ont surtout été mises expressément en exergue les difficultés du contexte socio-économique (finances, problème avec le père du premier enfant; etc.), non relevant ici, s'agissant de l'AI; et que rien n'est spécifiquement dit quant à des limitations pour effectuer les travaux habituels (au besoin avec plus de temps et davantage de soutien des proches), la praticienne se prononçant uniquement quant à l'activité lucrative, qu'elle indique même exigible, si adaptée somatiquement et effectuée après stabilisation de l'état psychique (limitations, *possiblement*, de fatigabilité, de difficultés à gérer le stress, et de troubles de la concentration, qu'on ne voit pas être déterminantes pour le 20% dévolus aux travaux habituels). Si, pour la Cour, il est admissible que le handicap visuel puisse être actuellement associé à un épuisement psychique (cf. ch. 1.7), cet élément, pas davantage que les autres évoqués par le médecin, ne saurait en tout état de cause entraver de façon durable et déterminante ici la capacité, pour l'assurée, d'assumer ses travaux habituels, elle qui a, selon la praticienne, notamment un fonctionnement intellectuel normal, un comportement acceptable par l'entourage et une aptitude à la concentration moyenne. L'exécution desdits travaux apparaît de surcroît propice à un bon état de santé psychique, sa psychiatre ayant relevé que l'absence d'exercice d'une activité professionnelle est, comme le contexte socio-économique, un facteur déstabilisant. En tout état de cause, sur le plan psychique, ces atteintes indiquées par le



médecin traitant ne remettent nullement en question l'appréciation de la situation et des empêchements à laquelle a procédé, de façon détaillée, convaincante et probante, en tenant compte de tous les aspects (aménagement de l'appartement pour l'handicap, etc.) l'enquêtrice, qui dispose de connaissances spécialisées dans le domaine psychique/psychiatrique, savait le suivi thérapeutique de l'assurée et s'est prononcée sur le rapport médical (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 12 novembre 2016, dos. OAI 241; prises de position du 23 mai 2017, dos. OAI 294, et du 10 avril 2018, dos. OAI 317). La poursuite du traitement est, en outre, appropriée et suffisante. C'est ainsi à bon droit, sur le vu du dossier, que l'OAI a renoncé à obtenir des éclaircissements médicaux supplémentaires, que n'a au demeurant pas non plus amenés l'assurée, même en procédure de recours. La Cour en fera de même, les éléments qu'elle retient présentant un degré de vraisemblance prépondérant et d'autres mesures probatoires ne pouvant modifier cette appréciation (anticipée) des preuves.

Partant, pour les travaux habituels, il sera tenu compte d'un empêchement total de 18.9%.

3.2.3. Si la recourante admet une diminution de ce taux, au titre de l'obligation de réduire son dommage, elle remet en cause celui de 30% pris en compte par l'enquêtrice et l'OAI, l'estimant trop élevé, considérant qu'un pourcentage entre 15 et 20% au grand maximum serait plus juste.

La Cour relève au passage que l'application d'un taux figurant dans cette fourchette reviendrait à retenir une absence ou une quasi absence d'invalidité pour la partie ménagère. Cela étant, elle a, dans plusieurs de ses arrêts (cf., par exemple, arrêt TC FR 608 2018 69 du 14 mai 2019 consid. 5 et les références), indiqué que la prise en compte d'une déduction forfaitaire de 30% du taux global d'incapacité pondérée au titre de l'*"obligation de réduire le dommage"* en lieu et place d'une appréciation de cette réduction distincte pour chaque activité ne peut être approuvée. Pour autant, un renvoi, pour ce motif, de la cause à l'OAI ne se justifie pas ici.

3.2.4. En effet, même si l'on ne tenait aucun compte d'une réduction des empêchements qui s'élèvent au total à 18.9%, ce qu'il n'y a pas lieu de faire, au vu notamment de l'aide pouvant être apportée par les enfants, singulièrement par le plus âgé, la mère et le compagnon de l'assurée, il n'en résulterait pas un droit à la rente plus important alors:

En effet, pour période d'octobre 2016 (soit 6 mois après le dépôt de la demande de prestations en avril 2016 [art. 29 al. 1 LAI]) à fin décembre 2017, le calcul du degré d'invalidité serait alors le suivant:  $80\%$  (100% d'incapacité pour un 80% d'activité)  $\times 0.8$  pour l'activité lucrative +  $18.9\% \times 0.2$  pour les travaux habituels =  $64\% + 3.78\% = 67.78\%$ . Avec des réductions distinctes au titre de l'obligation de réduire le dommage, il pourrait, selon les pourcentages retenus, descendre jusqu'à 64%. Dans tous les cas de figure, l'assurée a droit à trois quarts de rente (art. 28 al. 2 LAI), mais pas plus.

Pour la période à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 (entrée en vigueur du nouvel art. 27<sup>bis</sup> al. 3 RAI; le revenu que l'assurée aurait pu obtenir dans une activité lucrative exercée à temps partiel, si elle n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps), le degré d'invalidité s'établirait ainsi:  $100\%$  (100% d'incapacité pour un 100% d'activité)  $\times 0.8$  pour l'activité lucrative +  $18.9\% \times 0.2$  pour les travaux habituels =  $80\% + 3.78\% = 83.78\%$ . Avec des réductions distinctes au titre de l'obligation de réduire le dommage, il pourrait, selon les pourcentages retenus, descendre jusqu'à 80%, mais pas en deçà. L'assurée a donc droit de toute manière à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI) dès janvier 2018.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée, annulée. L'assurée a droit à trois quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 31 décembre 2017, puis à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Compte tenu de l'issue du recours, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.- seront mis à la charge de l'autorité intimée. La demande d'AJP devient ainsi sans objet et sera rayée du rôle.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie (cf. art. 61 let. g LPG) qui sera fixée, eu égard à la liste de frais du 21 août 2019, à CHF 1'690.55, soit CHF 1'540.50 d'honoraires (11.85 h x CHF 130.-, et non CHF 280.-; cf. ATF 135 I 1), plus CHF 29.20 de débours (frais de copies à CHF 0.40/pièce et non CHF 1.- [art. 9 al. 2 Tarif JA]), ainsi que CHF 120.85 au titre de la TVA à 7.7%, indemnité intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité, qui succombe.

### **la Cour arrête :**

- I. Le recours (608 2018 156) est admis, et la décision attaquée est annulée.  
Partant, l'assurée a droit à trois quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 31 décembre 2017, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.
- II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité.
- III. La requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2018 157), devenue sans objet, est rayée du rôle.
- IV. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'690.55, soit CHF 1'540.50 d'honoraires, plus CHF 29.20 de débours, ainsi que CHF 120.85 au titre de la TVA à 7.7%, indemnité intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
- 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 pas gratuite.

Fribourg, le 2 septembre 2019/djo

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :