



**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 308

Arrêt du 24 février 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Johannes Frölicher
	Juges :	Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
	Greffier-rapporteur :	Philippe Tena

Parties **A. _____, recourante**, représentée par Maître Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap

contre

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

Objet Assurance-invalidité
Recours du 20 novembre 2018 contre la décision du 19 octobre
2018

considérant en fait

A. A. _____, née en 1971, domiciliée à B. _____, mariée et mère de 4 enfants dont 2 majeurs, travaillait en dernier lieu en tant que dame de nettoyage à un taux d'activité très bas.

Bien que continuant d'exercer cette activité, le 26 juin 2009, elle a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'une maladie psychique se manifestant sous la forme d'"*épisodes réguliers de dépressions alternés avec [des] petits travaux réguliers*".

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a réalisé une enquête au domicile de l'assurée le 26 novembre 2009.

Par décision du 11 janvier 2011, notifiée le 11 avril 2011, confirmant un projet du 7 juin 2010, l'OAI lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité fondé sur un degré d'invalidité de 53% calculé selon la méthode mixte, répartie à 20% pour l'activité lucrative (empêchements de 100%) et 80% pour l'activité ménagère (empêchements de 41.6%).

B. Suite à cette décision, l'assurée a continué à travailler en tant que dame de nettoyage auprès de différents employeurs. Le 1^{er} février 2012, elle a été engagée en tant que collaboratrice au service nettoyage d'un centre commercial à un taux de 30%.

Suite à une nouvelle enquête ménagère du 2 mai 2013 et avis pris auprès du médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a maintenu la demi-rente par décision du 17 mars 2014, reprenant un projet du 10 février 2014. Il s'est fondé sur un degré d'invalidité de 53% toujours calculé selon la méthode mixte mais désormais répartie à 80% pour l'activité lucrative (empêchements de 53.84%) et 20% pour l'activité ménagère (empêchements de 53.32%).

En incapacité de travail depuis la fin de l'année 2015, l'assurée s'est fait licencier à la fin de l'année 2016.

C. Dans le cadre de la révision d'office initiée en décembre 2016, l'OAI a mandaté le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise.

Dans son rapport du 21 septembre 2017, il estime l'assurée apte à exercer une activité à un taux de 30% dans un environnement adéquat, à savoir dans le nettoyage, en dehors des heures de bureau, où elle est seule.

Par un projet du 28 septembre 2017, l'OAI a confirmé la demi-rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 53% calculé selon la méthode mixte (80% lucratif et 20% ménager).

Faisant part de ses objections à ce projet, l'assurée a informé l'OAI de la péjoration de son état de santé, se prévalant de plusieurs rapports médicaux. Par la suite, l'OAI s'est vu remettre un complément du Dr C. _____ le 7 décembre 2017 et a, en outre, réalisé une nouvelle enquête au domicile de l'assurée le 12 juin 2018. Puis, dans un deuxième projet de décision du 28 septembre 2017, l'OAI a supprimé la demi-rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 14%, calculé selon la méthode mixte (20% lucratif et 80% ménager).

Ce deuxième projet a été annulé et remplacé par un projet du 31 août 2018, confirmant la demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 56% calculé selon la méthode mixte, les activités étant désormais réparties à raison de 80% pour l'activité lucrative (empêchements de 70%) et de 20% pour l'activité ménagère (empêchement de 0%).

Par décision du 19 octobre 2018, l'OAI a confirmé ce troisième projet.

D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès de Inclusion Handicap, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 20 novembre 2018 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} décembre 2016.

A l'appui de son recours, elle estime qu'il ne doit pas être fait usage de la méthode mixte, affirmant qu'en santé elle travaillerait à un taux de 100%, ainsi qu'elle l'aurait toujours déclaré. A ses dires, cela conduirait, à tout le moins, à lui reconnaître un degré d'invalidité de 70%. Sur le plan ménager, elle conteste le taux d'empêchement retenu, estimant que l'enquêtrice a ignoré les avis médicaux, qu'elle est en contradiction avec les précédentes enquêtes et que le retranchement de 30% à titre d'obligation de réduire le dommage a été réalisé sur la base d'un tableau et de critères sortis de nulle part. Enfin, elle regrette la manière dont a été géré son dossier depuis 2016, ayant dû se soumettre à une expertise psychiatrique sans même avoir été informée qu'une révision était en cours, et ayant été confrontée à une enquêtrice qui a remis systématiquement en cause ses difficultés, et qui s'est permise de rédiger des conclusions quasi insultantes.

Le 11 décembre 2018, la recourante s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 29 mars 2019, l'OAI propose le rejet du recours. Renvoyant pour l'essentiel au contenu du dossier et à la motivation de la décision, il affirme cependant que *"la construction du rapport d'enquête économique sur le ménage du 2 mai 2013 et la proposition de l'enquêteur quant à la nouvelle méthode avaient pour unique but de maintenir [la recourante] dans sa demi-rente AI, qui plus est au même taux de 53.23%"*. Il indique par ailleurs que les conclusions de la nouvelle enquête ont été soumises à l'expert pour validation, se référant à une détermination de celui-ci datée du 28 mars 2019.

Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en 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 à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et possède 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 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 les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 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 suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

2.3. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de différentes méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente.

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. En revanche, 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).

S'agissant de la *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI), le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

Pour sa part, de jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail

disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

3.

3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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).

3.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

3.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

3.4. 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).

4.

En l'espèce, il s'impose tout d'abord de déterminer selon quelle méthode évaluer le degré d'invalidité de l'assurée, ce qui implique d'examiner si, en santé, elle aurait exercé une activité lucrative à plein temps ou si elle n'aurait travaillé qu'à temps partiel pour s'occuper en outre de son ménage.

4.1. Dans sa décision du 19 octobre 2019, l'OAI a considéré que *"sans atteinte à la santé, [elle aurait] poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à 80% et consacré le 20% restant à la tenue de [son] ménage"*. Il s'agit du taux que l'Office retenait dans sa précédente décision du 17 mars 2014, suivant en cela les recommandations de son enquêteur (dossier OAI, p. 243).

Pourtant, ce taux n'est nullement justifié par une quelconque autre pièce du dossier.

Les deux parties s'accordent sur ce point. D'un côté, la recourante constate que l'OAI a fixé *"sans explication aucune, le taux d'activité lucrative d'abord à 20%, puis à 80%"*. De l'autre, dans ses observations du 29 mars 2019, l'OAI admet que la décision du 17 mars 2014 se référait à *"un 80% pour la partie lucrative et [à] un 20% pour la partie ménagère alors qu'aucun élément objectif au dossier ne rend[ait] cela vraisemblable"*.

Il convient dès lors de déterminer l'intention de l'assurée quant à l'exercice d'une activité lucrative sur la base des pièces du dossier.

4.2. Dans le questionnaire ménager daté du 10 juillet 2009, la recourante indiquait un taux de *"100%"* pour *"gagner de l'argent, pour [sa] santé et pour [son] bien-être pratique"* (dossier OAI, p. 32). Dans le cadre de la première enquête ménagère, elle a répondu *"100%"* à la question *"à quel taux travailleriez-vous?"*, précisant qu'il y aurait eu l'accueil pour les dîners de ses enfants (dossier OAI, p. 79). Puis, dans un questionnaire du 24 août 2012, elle a maintenu son intention de travailler à 100% pour des raisons *"financières"* ainsi que le fait de *"devoir [se] lever chaque matin"* (dossier OAI, p. 178). Lors de l'enquête ménagère du 2 mai 2013, l'enquêteur relève ce qui suit: *"Sans atteinte à la santé, [la recourante] indique qu'elle chercherait à travailler à un taux d'activité de 100%. Ses enfants ont un âge qui ne nécessit[e] plus forcément une présence obligatoire lorsqu'ils rentrent de l'école. De plus, les enfants les plus grands s'occupent des deux petites si nécessaire. Enfin, son époux est sans emploi depuis 2009"* (dossier OAI, p. 216). Enfin, lors de l'enquête du 12 juin 2018, elle a réitéré que, *"sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à un taux de 100%"* (dossier OAI, p. 402).

Partant, on constate que la recourante a toujours affirmé que, si elle était en santé, elle travaillerait à temps plein.

L'OAI n'est pourtant pas convaincu par les déclarations constantes de la recourante, relevant que celle-ci n'a jamais travaillé à un tel taux. Dans sa décision initiale du 7 juin 2010, se référant à une moyenne des salaires déclarés à l'AVS entre 1998 et 2002, il a estimé que l'assurée aurait

"poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à un taux de 20% et consacré le 80% restant à la tenue de [son] ménage et à l'éducation de [ses] 4 enfants" (dossier OAI, p. 98). Puis, sans explication aucune, dans la décision du 17 mars 2014, il estime que le taux d'emploi aurait été de 80% (dossier OAI, p. 243). Enfin, dans ses observations du 29 mars 2019 – remettant en cela en cause sa propre décision – il estime qu'il aurait fallu, *"tout au plus[,] retenir les taux de 40% lucrative, 60% ménagère"*. Il critique l'appréciation de son propre enquêteur en 2013, affirmant que *"la construction du rapport d'enquête économique sur le ménage du 2 mai 2013 et la proposition de l'enquêteur quant à la nouvelle méthode avaient pour unique but de maintenir [la recourante] dans sa demi-rente AI, qui plus est au même taux de 53.23%"*.

4.3. Certes, depuis son arrivée en Suisse, l'assurée n'a jamais travaillé à temps plein avant de déposer sa demande de prestation (cf. décision du 7 juin 2010; dossier OAI, p. 98).

Toutefois, il convient d'analyser la situation en la replaçant dans un contexte plus large.

Durant les années ayant suivi son arrivée en Suisse en 1997, les chances de la recourante de trouver un emploi étaient notoirement limitées, en particulier en raison de son statut. Or, il s'agit justement de la période (1998 à 2002) prise en compte par l'OAI pour fonder la proportion entre activité lucrative et tâches ménagères dans sa décision du 7 juin 2010 (dossier OAI, p. 98). Pour la période ultérieure, les médecins de la recourante attestent en outre de l'existence d'une atteinte psychique en 2003 avec une hospitalisation à l'Hôpital D. _____ du 31 mars au 23 avril 2003 (dossier OAI, p. 332). Le psychiatre traitant fait même remonter les premiers symptômes au début des années 2000 (dossier OAI, p. 48, 54, 68 et 359). Dans ce contexte, l'on ne peut conclure que l'assurée aurait travaillé à temps partiel du fait du seul taux d'activité effectif, celui-ci étant manifestement influencé par des facteurs tant socio-économiques (liés à sa récente arrivée en Suisse) que médicaux. De même, l'on ne saurait déduire une intention de travailler à temps partiel sur la base de sa situation familiale. L'on constate à cet égard que celle-ci n'avait pas empêché l'assurée de travailler à temps plein entre octobre 2001 et mai 2002, étant rappelé qu'elle était alors déjà mère de deux jeunes enfants.

Quoi qu'il en soit, il n'appartient pas à la Cour de céans de revenir sur les précédentes décisions de l'OAI, celles-ci étant entrées en force. Ainsi, ce qui aurait hypothétiquement pu être valable en 2010 ne l'est manifestement plus aujourd'hui. L'on ne peut se fonder sur le taux d'activité d'une mère de quatre enfants pour en exciper un taux d'activité alors que ceux-ci sont désormais suffisamment âgés pour être indépendants.

Dans ce domaine, on constate que, entre 2012 et 2015 – l'activité ayant été interrompue sur la base d'une incapacité de travail médicalement attestée –, l'assurée a travaillé comme collaboratrice au service nettoyage à un taux de l'ordre de 30% à 40%. Ce taux correspond à la capacité de travail qui lui est reconnue tant par ses médecins que par le Dr C. _____ pour cette période. Elle a donc, durant près de 4 ans, travaillé au 100% de sa capacité de travail résiduelle médicalement attestée.

4.4. Ainsi, tout bien considéré, la Cour de céans acquiert la conviction que, compte tenu du contexte en vigueur au moment de la décision litigieuse, il est établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante aurait travaillé à plein temps si elle n'avait pas été atteinte à la santé, comme elle l'a toujours affirmé.

C'est la raison pour laquelle il convient de recourir à la méthode ordinaire de comparaison des revenus. De ce fait, on peut renoncer à se pencher sur les griefs portant sur l'enquête ménagère.

5.

Dans le cadre de l'évaluation relative à la partie lucrative, l'OAI a entériné l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 30% dans une activité adaptée, se fondant sur l'expertise du Dr C._____.

La recourante, quant à elle, se prévaut de l'avis de ses médecins traitants pour affirmer qu'elle est totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit.

5.1. Dans son rapport d'expertise du 21 septembre 2017, le Dr C._____ diagnostique une *"schizophrénie paranoïde chronique, en rémission partielle (dd : trouble schizo-affectif)"*. Il pense que l'assurée *"est apte de réaliser une petite activité à 30 %" pour autant que cela soit "dans un environnement que l'on peut qualifier d'adéquat autrement dit dans le nettoyage, en dehors des heures de bureau, où elle est seule"*. A ses yeux, il *"est inconcevable d'augmenter ce taux d'activité, ni d'envisager un autre type d'emploi"* (dossier OAI, p. 294).

Cette appréciation est confirmée par l'expert dans ses rapports ultérieurs du 22 décembre 2017 (dossier OAI, p. 386) et du 28 mars 2019 (annexé aux observations de l'OAI).

Cette expertise se fonde sur un entretien du 27 juin 2017, l'étude du dossier de la recourante ainsi qu'un rapport de la psychiatre traitante. Dans le cadre de l'entretien, l'assurée a pu décrire les difficultés causées par ses troubles, notamment ses réticences au contact avec les gens. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assurée, réalisant par ailleurs divers tests psychométriques. C'est donc en pleine connaissance de la situation médicale, mais également sociale, économique et familiale, que l'expert a pu se prononcer sur le cas.

L'expert a également procédé à une étude détaillée des différents diagnostics ainsi que de leur impact sur la capacité de travail de l'assurée, expliquant clairement son raisonnement et ses motifs. Il exclut, par exemple, l'existence d'atteinte de type dépressive ou anxieuse, les critères diagnostics n'étant pas remplis. En revanche, relevant une baisse du fonctionnement social, professionnel et de sa capacité à gérer son quotidien ainsi que la présence d'un automatisme mental, il conclut à l'existence d'une probable schizophrénie, sans exclure celle d'un *"trouble schizo-affectif"*, ce *"qui en définitive n'a guère d'incidence sur l'appréciation de la capacité de travail, puisque ce n'est pas le diagnostic qui fait l'incapacité de travail en tant que tel"*. Son appréciation du cas se fonde également sur les critères jurisprudentiels, l'expert constatant qu'il existe une bonne cohérence entre le dossier médical et son appréciation ainsi qu'une collaboration au traitement, les facteurs étrangers à la maladie étant secondaires.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est référé aux conclusions du Dr C._____ et a, dans le cadre de l'évaluation relative à la partie lucrative, retenu l'existence d'une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée.

5.2. L'appréciation de l'expert se distancie de celle des médecins traitants de la recourante, le Dr E._____ et la Dresse F._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr E._____ diagnostiquait initialement une *"schizophrénie paranoïde, rémission incomplète"* (F20.04). Il estimait alors que cette atteinte était presque totalement invalidante mais n'écartait pas

des possibilités de réadaptation, car sa patiente était une personne volontaire et enthousiaste (rapports du 18 juillet et du 12 octobre 2009, dossier OAI, p. 50 et 68; cf. ég. p. 2). Par la suite, le médecin a constaté une amélioration de la situation sur le plan médical et a modifié son diagnostic en *"probable trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1)"*. Relevant que sa patiente avait repris un travail à un taux de 30%, il ne se prononçait cependant pas sur sa capacité de travail (rapport du 8 avril 2013, dossier OAI, p. 211). Dans son dernier rapport, le médecin constatait l'existence d'une aggravation depuis août 2016 et semblait estimer que sa patiente n'était plus en mesure de travailler (rapport du 27 octobre 2016, dossier OAI, p. 360). Sa successeuse, la Dresse F. _____, retient le même diagnostic, à savoir un *"trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1)"*. Estimant que la capacité de travail de sa patiente était nulle, elle ne la voyait travailler que dans un environnement protégé (rapport du 21 novembre 2017, dossier OAI, p. 351; cf. ég. p. 289).

Ainsi, si les différents médecins présentent des diagnostics semblables à l'expert, à savoir de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, leurs conclusions ne se rejoignent en revanche pas entièrement s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, que les médecins traitants estiment presque nulle.

Cependant, interrogé explicitement sur cette différence d'appréciation, le Dr C. _____ émet une thèse convaincante: *"La question est sur quoi "nous battons-nous". Il s'agit d'une capacité de travail résiduel de 30 % qui représente 3 demi-journées par semaine, respectivement 12 heures par semaine, soit tout au plus 2 heures de ménage par jour pour des particuliers ou pour une institution. Nous savons que l'assurée peut réaliser ces tâches ménagères, sous traitement médical bien conduit, l'observance au traitement est excellente ; si ce n'est le Lithium qui doit être réadapté, la symptomatologie psychotique n'est plus au premier plan. Si, cette problématique psychique, respectivement une schizophrénie paranoïde et/ou un trouble schizo-affectif peut certainement entraîner un handicap adaptatif durable dans des professions où [l'assurée] est soumise à un environnement professionnel stressant, doit s'intégrer à un groupe ou suivre des consignes claires, ce qui n'est pas le cas pour une simple activité de femme de ménage. De notre point de vue, rien ne contre-indique qu'elle puisse réaliser des heures pour des particuliers ou comme nettoyeuse pour des entreprises"* (dossier OAI, p. 387).

Le raisonnement de l'expert semble, au demeurant, confirmé par une lecture attentive des rapports des médecins traitants. Le Dr E. _____ semble ainsi admettre que l'incapacité de travail attestée depuis août 2016 est survenue dans un contexte de litige avec *"un chef qui serait trop derrière elle"* et de *"problèmes de couple"* (rapport du 27 octobre 2016, dossier OAI, p. 360). De même, la Dresse F. _____ signale qu'il avait été demandé que l'assurée travaille à un autre poste (rapport du 21 novembre 2017, dossier OAI, p. 351; cf. ég. p. 289). Les médecins de G. _____ précisait que le poste *"impliqu[ait] notamment plus de contact interpersonnel"* alors que la patiente aurait privilégié un poste plus solitaire (rapport du 31 mai 2016, dossier OAI, p. 326).

La différence d'appréciation entre l'expert et les médecins traitant s'explique ainsi par des emplois effectifs probablement pas suffisamment adaptés à sa symptomatologie, respectivement par la prise en compte ou non de facteurs extra-médicaux, lesquels ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité.

5.3. Dans ces circonstances, la Cour retient que la recourante demeure en mesure de travailler à un taux de 30% dans une activité adaptée.

Les parties ne remettent pas en cause la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'autorité intimée. Dans ces circonstances, la Cour retient dès lors que, rapporté à un taux d'activité de 100% (au lieu de 80% dans la décision querellée), le degré d'invalidité est de 70% et ouvre le droit à une rente entière.

6.

Dans la mesure où la recourante était déjà au bénéfice d'une demi-rente, il sied de se référer aux dispositions relatives à la révision pour déterminer à quel moment elle a droit à une rente entière.

6.1. 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.

L'art. 88bis al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ou si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b).

6.2. En l'occurrence, le 28 décembre 2016, l'OAI a adressé un courrier à son assurée, lui demandant de se soumettre à une expertise auprès du Dr C. _____ (dossier OAI, p. 254).

Dans le dossier de l'autorité intimée, le document précédant ce courrier est daté de l'année 2014 (dossier OAI, p. 253), alors qu'aucune date de révision ne semblait prévue suite à la dernière décision entrée en force. Aucune pièce au dossier ne permet dès lors de déterminer le mois où une révision d'office était prévue. Tout au plus constate-t-on que, par la suite, le 17 mai 2017, l'assuré a remis une demande de révision de sa rente alors que la procédure de révision d'office était déjà en cours (dossier OAI, p. 279).

Dans ces circonstances, la Cour retient que l'augmentation de la rente prend effet le mois où l'OAI a adressé un premier courrier à son assuré, à savoir durant le mois de décembre 2016.

7.

Au vu de ce qui précède, le recours (608 2018 308) est admis et la décision attaquée modifiée dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2016.

Compte tenu de l'issue du litige, il convient d'astreindre l'autorité intimée qui succombe au paiement des frais de procédure de CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par la recourante, à raison de CHF 800.-, lui est restituée.

Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). L'indemnité de partie est fixée conformément aux art. 137 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et aux art. 8 ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12).

Sur la base de la liste de frais produite par sa mandataire le 10 décembre 2019, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle elle a droit à un total de CHF 542.35, à savoir CHF 498.- au titre d'honoraires (230 minutes à CHF 130.- l'heure), CHF 6.- au titre de frais et dépens (un envoi

recommandé) et CHF 38.35 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision est modifiée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2016.

II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée; l'avance de frais effectuée par la recourante, à raison de CHF 800.-, lui est restituée.

III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 542.35, dont CHF 38.35 au titre de la TVA (7.7%), et intégralement mise à la charge de l'autorité intimée.

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 24 février 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :