



**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 330

Arrêt du 29 octobre 2019

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 Me Florence Bourqui,
avocate auprès de Inclusion Handicap

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; méthode mixte

Recours du 12 décembre 2018 contre la décision du 15 novembre
2018

considérant en fait

A. A. _____, née en 1972, domiciliée à B. _____, célibataire, mère d'une fille née en 2013, travaillait en tant qu'infirmière au sein de C. _____, en dernier lieu à un taux de 60%. Elle est en incapacité de travail médicalement attestée depuis le 24 septembre 2014.

Après prise en charge partielle d'une perruque par décision du 26 janvier 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) le 6 février 2015 en raison d'un cancer du sein.

Elle a repris le travail à un taux de 20% le 14 septembre 2015, 30% dès le 1^{er} mars 2016 puis 50% en août 2016.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une enquête domiciliaire le 6 octobre 2017.

Par décision du 15 novembre 2018, reprenant un projet du 14 mars 2018, se fondant sur la méthode mixte (activité lucrative à 60% et ménagère à 40%), l'OAI a reconnu à son assurée le droit à un quart de rente d'abord fondé sur un degré d'invalidité de 49% du 1^{er} septembre 2015 au 28 février 2016 puis fondé sur un degré d'invalidité de 43% du 1^{er} mars 2016 au 31 juillet 2016. Dès le 1^{er} août 2016, le droit à une rente a été nié en raison d'un degré d'invalidité insuffisant (10% du 1^{er} août 2016 au 31 décembre 2017, puis 30% dès le 1^{er} janvier 2018).

B. Contre cette décision, l'assurée interjette recours devant le Tribunal cantonal le 12 décembre 2018, régularisé le 2 janvier 2019, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente à compter du 1^{er} septembre 2015. A l'appui de son recours, elle soutient que son atteinte à la santé n'a pas été prise en compte à sa juste mesure dans le domaine ménager.

Le 16 janvier 2019, l'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 24 janvier 2019, l'OAI propose le rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision et à son dossier.

Dans une intervention spontanée du 1^{er} mars 2019, l'assurée, désormais représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès de Inclusion Handicap, conclut à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2015 puis d'une demi-rente dès le 1^{er} août 2016. Elle conteste l'usage de la méthode mixte à compter du 1^{er} décembre 2015, relevant avoir clairement souligné qu'elle avait le projet de reprendre l'exercice d'une activité à temps plein dès que sa fille aurait deux ans.

Dans sa détermination du 11 mars 2019, l'OAI maintient sa proposition de rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision et à son dossier.

En tant que fonds de prévoyance intéressés, D. _____ et E. _____ SA ont été appelés en cause.

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.

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 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. 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.

2.3. 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 spécifique*, la *méthode mixte* et la *méthode extraordinaire*.

En résumé, 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). 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Pour sa part, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 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).

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'impuissance de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n. 3087 dans son état au 1^{er} janvier 2014).

Enfin, 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. Cette 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), laquelle a rendu un jugement le 2 février 2016 (arrêt CourEDH n. 7186/09 *Di Trizio c. Suisse* du 2 février 2016). Suite à cet arrêt, le Conseil fédéral a modifié l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Cela étant, l'invalidité ne peut être évaluée selon la nouvelle méthode mixte qu'à partir de la date d'entrée en vigueur cet article, soit le 1^{er} janvier 2018 (arrêts TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.3; 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

3.

3.1. 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).

3.2. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

4.

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

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement

sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. 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).

5.

Est en l'espèce litigieuse la problématique du droit aux prestations, la recourante estimant avoir droit à une rente d'une quotité et d'une durée plus élevées que celles reconnues par l'autorité intimée.

5.1. Dans la décision contestée, l'OAI a fait application de la méthode mixte pour l'entier de l'évaluation de l'invalidité, estimant que l'assurée aurait *"poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à 60% et consacré le 40 % restant à la tenue de [son] ménage"*.

Dans un questionnaire du 5 mai 2015, la recourante a effectivement admis qu'elle aurait de toute façon réduit son taux d'activité de 100% à 60% suite à la naissance de sa fille en décembre 2013 (dossier OAI, p. 51). Toutefois, lors de l'enquête du 6 octobre 2017, elle a précisé n'avoir eu l'intention de garder un tel taux que pendant *"1 à 2 années et de reprendre par la suite son ancien taux à 100%, voir au minimum à 80%"* (dossier OAI, p. 110). Cette affirmation a été réitérée dans le cadre des objections au projet de décision, la recourante affirmant que son *"projet professionnel a toujours été de travailler à 100% lorsque [son] enfant serait plus âgé (2 ans environ)"* (objections du 18 mai 2018, dossier OAI, p. 140).

Aucun élément au dossier ne contredit ces déclarations.

Les informations données par l'employeur ne donnent, en particulier, aucun indice s'agissant des intentions de la recourante pour le cas où elle n'aurait pas été atteinte dans sa santé. En effet, il

s'est contenté de répondre à la question *"est-ce qu'une augmentation du temps de travail a déjà été discutée avec votre employée?"* (courrier du 29 novembre 2017, dossier OAI, p. 124). Au vu de la formulation de la question, l'on ne peut qu'en déduire que la recourante n'a jamais discuté d'une augmentation de son actuel taux de 50%, correspondant à sa capacité de travail résiduelle (cf. consid. 5.2 ci-après). Cela n'est donc pas pertinent, s'agissant de déterminer les intentions d'une assurée en pleine santé.

Partant, en l'absence d'élément allant à l'encontre des déclarations de la recourante, il convient de faire application de la méthode mixte pour une durée limitée, à savoir jusqu'en décembre 2015 (fille née en décembre 2013). Dès janvier 2016, l'évaluation du degré d'invalidité doit se faire selon la méthode de comparaison des revenus, la Cour partant de l'idée que la recourante, en santé, aurait repris son travail à son ancien taux de 100%.

5.2. Sur le plan de la capacité de travail dans une activité lucrative, l'OAI a retenu l'existence d'une incapacité de travail de 80% dès le 24 septembre 2015 (fin du délai d'attente d'une année), de 70% dès le 1^{er} mars 2016 et de 50% dès le 1^{er} août 2016.

Dans un premier temps, le cancer empêchait la recourante d'exercer toute activité lucrative, en particulier lorsqu'elle subissait les traitements visant à éliminer son atteinte à la santé (not. chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie). Durant cette période, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale, attestait d'une incapacité de travail très importante, voire totale, qui s'étendait, à tout le moins implicitement, à l'ensemble des activités possibles (rapports du 12 mars 2015, du 24 mars 2015, du 4 septembre 2015, du 18 septembre 2015 et du 5 février 2016, dossier OAI, p. 33, 36, 60, 69, 71, 81 et 82).

Cependant, par la suite, à lire le Dr F. _____, l'état de la recourante semble avoir évolué très favorablement. La capacité de travail dans l'activité d'infirmière est ainsi progressivement passée de 0% depuis le 24 septembre 2014 à 20% dès le 14 septembre 2015, 30% dès le 1^{er} mars 2016 et 50% dès le 1^{er} août 2016. Les limitations fonctionnelles ont, pour leur part, été peu à peu réduites pour ne plus consister qu'en une *"asthénie sur hormonomodulation"* (rapports du 3 mars 2016, du 6 juillet 2016 et du 31 octobre 2017, dossier OAI, p. 90, 94 et 122). Dans son dernier rapport, l'oncologue semble même avoir terminé le suivi de sa patiente puisqu'il ne cite plus de traitement depuis 2016 et propose qu'il n'y ait *"pas de prochain rapport"* (rapport du 31 octobre 2017, dossier OAI, p. 122).

Or, le travail d'infirmière est exigeant, notamment sur le plan physique. Cela est particulièrement le cas dans le service des urgences où la recourante travaille. Cette dernière l'indique par ailleurs à l'enquêteur, puisqu'elle précise avoir *"énormément de chance avec sa responsable directe et ses collègues de travail"* qui ne lui mettent *"jamais deux jours de travail d'affilé[e] dans le plan de travail"*, qui *"ne lui demandent jamais de porter un patient"* et qui lui permettent de *"se limiter aux soins médicamenteux à prodiguer aux patients"*. Au vu de la compréhension évoquée, l'on peut même se demander si le travail d'infirmière demeure pleinement adapté à la recourante ou si l'on pourrait exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité plus conforme à son état.

L'oncologue traitant n'a pas affirmé que l'ensemble des activités ne serait plus qu'exigible à 50%. Il s'est uniquement concentré sur la capacité de travail dans l'activité d'infirmière (rapports du 3 mars 2016, du 6 juillet 2016 et du 31 octobre 2017, dossier OAI, p. 90, 94 et 122). Pour sa part, le médecin du Service médical régional n'a été interrogé qu'à une période où il était *"trop tôt pour se*

prononcer" quant à la problématique de la capacité de travail (rapport du 16 mars 2016, dossier OAI, p. 87).

Il apparaît ainsi que la problématique de l'exercice d'une éventuelle activité adaptée n'a jamais été examinée par le corps médical, lequel s'est limité à la seule activité actuelle d'infirmière qui plus est, au service des urgences. En l'absence de conclusions claires sur ce point, il manque des éléments pour permettre à la Cour de trancher le présent litige.

5.3. Enfin, il convient d'examiner la problématique des limitations sur le plan ménager, prises en compte pour 40% jusqu'en décembre 2015 (consid. 5.1 ci-avant).

Sur ce plan, l'OAI se fonde sur le rapport d'enquête ménagère du 6 octobre 2017 (dossier OAI, p. 110). Dans son rapport, l'enquêteur retient des empêchements dans les domaines *"alimentation"* (14.5% d'empêchements pondérés à 27%), *"entretien de l'appartement"* (48% d'empêchements pondérés à 14%), *"emplettes et courses diverses"* (25% d'empêchements pondérés à 8%), *"lessive et entretien des vêtements"* (12.5% d'empêchements pondérés à 8%) et *"soins aux enfants"* (50% d'empêchements pondérés à 30%). Il ne retient, en revanche, aucune limitation dans le domaine *"tenue du ménage"* (pondéré à 5%).

Les constats de l'enquêteur se rapportent à la situation existant au moment de l'enquête, soit en octobre 2017. En témoigne, par exemple, ce qu'il indique sous la rubrique *"éplucher, préparer, cuire"*: *"l'assurée dit avoir de la chance que son compagnon aime bien cuisiner. Elle dit toutefois arriver à assumer cette tâche, mais n'a plus la force mentale de faire de gros repas qui demandent plus de préparation. Par le passé, elle préparait régulièrement des pâtisseries (gâteau, dessert, biscuits, tresse, etc.), ce qu'elle n'arrive plus aujourd'hui. Elle se sent beaucoup trop diminuée et fatiguée. Elle a besoin de ses jours de congé pour récupérer"*.

Pourtant, la situation de l'assurée a vraisemblablement changé depuis sa demande de prestations du 6 février 2015. Par exemple, outre l'évolution de la capacité de travail attestée par le Dr F. _____ (cf. consid. 5.2 ci-avant), l'on constate que l'assurée a dû subir de nombreux traitements depuis 2014 – notamment une chimiothérapie, une radiothérapie, une intervention chirurgicale, la prise d'herceptin et une hormonomodulation – qui n'étaient plus d'actualité lors de l'enquête. Dans ce contexte, l'évaluation de l'enquêteur a été faite à une période où l'état de santé de la patiente s'était déjà considérablement amélioré.

Il apparaît, dans ces circonstances, que les constats de l'enquêteur sont *a priori* convaincants depuis juillet 2016, l'assurée ayant repris et maintenu son activité d'infirmière à un taux de 50% depuis cette date. En revanche, l'on peut se poser la question de leur pertinence pour la période antérieure, à tout le moins durant la période où il doit être fait application de la méthode mixte.

Il semblerait ici plutôt nécessaire de procéder à des adaptations pour tenir compte de ce que l'état de santé de la recourante n'était pas aussi bon qu'il l'était au jour de l'enquête.

A ce stade, l'autorité intimée est par ailleurs rendue attentive aux arrêts TC FR 608 2017 157 du 22 mars 2018, 608 2017 288 du 3 juillet 2018 (consid. 4.3), 608 2018 45 du 16 juillet 2018 (consid. 6.1.1), 608 2018 192 du 13 mars 2019 (consid. 5.2 et 5.3), 605 2018 314 du 3 avril 2019 (consid. 6) et 608 2018 155 du 1^{er} octobre 2019, relatifs à la prise en compte de l'obligation de réduire le dommage sous la forme d'une *"déduction forfaitaire"*.

6.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 15 novembre 2018 annulée. Le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et décision.

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. Par conséquent, l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui est restituée.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens. Dès lors que sa mandataire, avocate au sein d'une organisation d'utilité publique, n'est intervenue que dans le cadre du second échange d'écritures, ceux-ci sont fixés *ex aequo et bono* à CHF 861.60, débours et TVA de CHF 61.60 (7.7%) compris. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision du 15 novembre 2018 est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui est restituée.

III. L'indemnité de partie allouée à Me Florence Bourqui, avocate auprès de Inclusion Handicap, est fixée à CHF 861.60, TVA de CHF 61.60 (7.7%) comprise, et est 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 29 octobre 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :