



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

608 2022 130

608 2022 131

Arrêt du 10 janvier 2024

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : David Jodry

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – droit à la rente

Recours (608 2022 130) du 5 septembre 2022 contre la décision du 1^{er} juillet 2022 et requête d'assistance judiciaire gratuite (608 2022 131) figurant dans le même acte

considérant en fait

A. A. _____ est née en 1984. Elle est mère d'un enfant né d'une première union, en 2004, désormais majeur et avec lequel elle n'a pas de contact depuis plusieurs années. Après son nouveau mariage, en 2012, trois autres enfants sont nés, en 2015, 2016 et 2022.

Elle a débuté en 2001 un CFC d'aide familiale, arrêté du fait de sa première grossesse, repris en automne 2006 et achevé en été 2007. En décembre 2007, elle a débuté son activité lucrative, en qualité d'aide-soignante, à 100%, puis, après un mois, à 60%. Elle a repris un taux d'activité de 100% en 2010, après la séparation d'avec son premier époux. Elle l'a baissé à 80% après la naissance de son deuxième enfant. En décembre 2016, proche de la fin de son congé maternité pour son troisième enfant, elle a donné son congé pour le 31 mars 2017. Quelques jours plus tard, une incapacité de travail totale a été attestée par son psychiatre traitant; elle n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors. Elle a bénéficié d'indemnités de l'assurance perte de gain jusqu'à avril 2017, puis de l'assurance-chômage, auprès de laquelle elle s'était inscrite pour un taux de travail à 80%. Le Service social compétent a fourni une aide financière à la famille de février 2019 à juin 2021.

B. Le 4 juillet 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI). Elle y indiquait avoir été à 100% incapable de travailler du 16 décembre 2016 au 30 juin 2017, du 17 au 27 octobre 2017, et dès le 18 avril 2018. Au titre de l'atteinte à la santé, elle mentionnait une hernie discale, une tendinite et une bursite à l'épaule droite, des douleurs au genou droit, ainsi que des symptômes dépressifs, une irritabilité, une labilité émotionnelle. Elle précisait que ses douleurs au dos existaient depuis le début de l'âge adulte, la fragilité psychologique depuis l'enfance, et qu'elle avait connu une dépression sévère en 2017.

C. Le 19 novembre 2021, l'OAI a rendu son projet de décision (refus de rente). Par communication du même jour, il a mis l'assurée au bénéfice d'une aide au placement. L'intéressée a formé des objections le 9 décembre 2021.

Par décision du 1^{er} juillet 2022, l'assurée s'est vu octroyer une rente entière limitée dans le temps, du 1^{er} avril au 30 novembre 2019. L'OAI a basé son calcul sur la méthode de calcul mixte (80% d'activité lucrative, 20% pour les tâches ménagères). S'agissant de l'activité lucrative, il a retenu que l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus adaptée aux limitations fonctionnelles. Après le délai d'attente d'un an débutant le 18 avril 2018, l'incapacité de travail totale avait couru du 1^{er} avril 2019 au 31 août de la même année. Dès le 1^{er} septembre 2019, l'exercice d'une activité adaptée était exigible, à plein temps. A partir du 1^{er} décembre 2020, une aggravation de l'état de santé engendrant une baisse de rendement de 20% était reconnue. L'empêchement total sur le plan ménager était de 13.29%. Dès lors, le degré d'invalidité total s'élevait à 82.66% du 1^{er} avril au 31 août 2019 (80% pour la partie lucrative, 2.66% pour celle ménagère), de 17.54% (14.88% et 2.66%) du 1^{er} septembre 2019 au 30 novembre 2020, et de 27.36% (24.70% et 2.66%) dès le 1^{er} décembre 2020.

D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Monferini Nuoffer, recourt auprès du Tribunal cantonal, le 5 septembre 2022 (608 2022 130). Elle conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière au-delà du 30 novembre 2019. Elle remet principalement en cause l'usage de la méthode mixte: si elle a réduit son taux d'activité de 100 à 80% en février 2016, ce n'est selon elle

pas du fait de la naissance de son deuxième enfant en octobre 2015, mais parce qu'elle souffrait déjà depuis 2015 d'une lombosciatalgie droite chronique entraînant plusieurs arrêts de travail. A titre subsidiaire, elle conteste la valeur probante de l'enquête économique sur le ménage (ci-après: EEM), considérant notamment que l'enquêtrice avait observé, insuffisamment, essentiellement les limitations physiques, négligeant celles psychiques, plus importantes. Elle estime que l'obligation de réduire le dommage retenue est excessive et choquante. Sur le plan domestique, elle présenterait en réalité une incapacité moyenne de 65%. S'agissant de sa capacité de travail, elle considère que, somatiquement, son taux d'incapacité était de 100% du 18 avril 2018 à fin février 2020, de 35% de mars 2020 à fin novembre de la même année, de 100% entre décembre 2020 et juin 2021, puis de 50% à partir du 1^{er} juillet 2021; psychiquement, l'incapacité est totale depuis décembre 2018 absorbant les incapacités à 35% et 50% sur le plan somatique. A titre subsidiaire puisque le taux d'invalidité est selon elle de 100% du fait de l'atteinte psychique durable, elle détermine les revenus de valide et d'invalides, y compris l'abattement supplémentaire, devant être retenus et calcule le taux d'invalidité en résultant suivant la méthode de comparaison ainsi que celle mixte, ce pour plusieurs périodes.

Par le même acte, la recourante dépose aussi une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (ci-après: AJT; 608 2022 131).

E. Dans ses observations du 4 octobre 2022, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision dans son entier. Selon lui, les expertises menées ont pleine valeur probante. La méthode mixte s'impose ici au vu des premières déclarations de l'assurée. L'EEM ne saurait être remise en cause; l'enquêtrice a déjà répondu aux objections y relatives de l'assurée. Les revenus de valide et d'invalides ont été établis à bon droit. C'est correctement qu'aucun abattement supplémentaire n'a été retenu. L'Office s'en remet à justice quant à la requête d'AJT.

Dans des contre-observations du 14 février 2023, la recourante maintient intégralement ses conclusions.

Le 25 août 2023, l'assureur LPP appelé en cause renonce à prendre position, au vu de l'incapacité de travail débutant le 18 avril 2018.

Le 19 septembre 2023, la recourante s'exprime à cet égard.

La recourante dépose encore spontanément une détermination le 5 octobre 2023. Y sont jointes un rapport d'IRM du 20 septembre 2023 et une attestation de sa généraliste traitante du 2 octobre 2023.

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

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

en droit

1.

Interjeté en temps utile, dans les formes légales, auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. L'invalidité alléguée étant intervenue avant l'entrée en vigueur des modifications de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, dans le cadre du développement continu de l'AI (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363), celle-ci n'influence pas les dispositions à prendre en compte ici (cf. dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, let. b, al. 1; circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire, ch. 1007ss.).

2.2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également 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). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). On conclura 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. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

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).

2.5. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation.

2.6. 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).

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 citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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).

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).

La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet 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). 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).

2.7. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

2.8. 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*. Seules les deux premières citées sont susceptibles d'entrer en ligne de compte dans ce dossier.

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il ne 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 chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 144 I 28 consid. 2.3; 141 V 15 consid. 3.1 et les références citées). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, 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. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence citée). 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 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées).

2.8.1. La méthode ordinaire, soit celle pour l'assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps sans être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, se fait par comparaison des revenus (cf. art. 28a al. 1 LAI). Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, 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, dans une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA), avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365, 1985 p. 469), comparaison effectuée, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222; 128 V 174 et les références citées).

2.8.2. 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.

L'art. 27bis 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 LPG, 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). 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).

2.8.3. 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'un assuré qui s'occupe du ménage (cf. Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 1058). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité d'un assuré n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts TF I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2, I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1, I 155/04 du 26 juillet 2004 consid. 3.2 et I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, une visite domiciliaire est en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé physique. Sa valeur probante se mesure par analogie aux critères appliqués aux expertises médicales. Il est notamment essentiel que le rapport ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit 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. Exceptionnellement, en cas de doute sur la crédibilité des indications de l'assuré ou lorsque celles-ci ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il sera nécessaire de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (ATF 128 V 93 consid. 4).

En présence de troubles psychiques et en cas de divergence 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. 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_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2).

Une limitation de la capacité de travail retenue pour la capacité de gain ne peut pas être simplement, sans autre, reprise pour les travaux habituels. Il existe des exigences fondamentalement différentes dans l'environnement domestique et celui professionnel. La limitation généralement plus basse pour le ménage s'explique en grande partie par le fait que l'assuré dispose de plus de temps et de flexibilité organisationnelle que dans l'activité lucrative (cf. ATF 147 V 124 consid. 6.2).

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. ATF 133 V 504 consid. 4.2). En d'autres termes, l'assuré a un devoir de réduire son dommage en faisant tout ce que l'on peut attendre de lui afin d'améliorer sa capacité de travail et de réduire les effets de l'atteinte à la santé, en particulier en se procurant, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés; si l'atteinte a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, il peut être exigé qu'elle répartisse mieux son travail (aménager des pauses, repousser les travaux peu urgents). De même, le principe de réduire son dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2) se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille; il faut se demander pour chaque empêchement constaté si un proche pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (arrêt TF 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3; ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités).

2.9. Lorsqu'un litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, l'art. 17 LPGA s'applique par analogie (arrêt TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3). Selon le premier alinéa de cette disposition, 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.

3.

Est litigieux, en l'espèce, l'éventuel droit de l'assurée à des prestations AI au-delà du 1^{er} décembre 2019, date à partir de laquelle la rente entière allouée depuis avril 2019 a été supprimée. Quand bien même la période durant laquelle la rente a été octroyée n'est pas contestée, il appartient à l'autorité de céans de vérifier si l'état de santé de l'assurée justifiait bien l'incapacité de travail entière retenue, puis si ce dernier s'est amélioré au point de lui permettre, respectivement, de retrouver une activité lucrative, d'accomplir à nouveau ses tâches ménagères, et de mettre fin au versement de sa rente.

3.1. La recourante remet principalement en cause le recours par l'OAI à la méthode mixte (80% pour l'activité lucrative, 20% pour celle ménagère). Elle soutient avoir baissé son taux de travail de 100% à 80% en février 2016 parce qu'elle souffrait, depuis 2015, de lombosciatalgies droites chroniques entraînant de nombreux arrêts maladie, et pas du tout du fait de la naissance de son deuxième enfant. C'est la méthode ordinaire de calcul qui aurait dû être utilisée.

3.2. L'assurée varie quant au début de ses lombalgies chroniques: depuis son âge adulte (cf. demande de prestations), ce qui correspond à 2002-2003 (18-19 ans), 2014, 2015 voire mars 2016.

Le dossier ne contient aucune pièce (arrêts de travail, suivi médical, médicamenteux, conservateur particulier, etc.) attestant de difficultés ou limitations rencontrées de ce fait, notamment pas lors de sa formation et de l'exercice subséquent de l'activité d'aide-soignante. En particulier, l'arrêt de travail qui aurait été délivré en 2014 serait à mettre en lien avec le décès de son père (cf. l'expertise psychiatrique de mai 2017 du Dr B. _____, psychiatre, qui contient les premières déclarations de l'assurée, p. 7). L'arrêt de quatre mois en 2015, terminé quelques jours après l'accouchement de son deuxième enfant, s'inscrit clairement dans le seul cadre de cette grossesse. La Dre C. _____, généraliste traitante, souligne pour sa part expressément le 1^{er} octobre 2018 avoir retenu pour la première fois en 2018 une incapacité de travail due à une lombalgie continue, constante, sur plusieurs mois. Dans aucun de ses rapports ne suggère-t-elle seulement qu'une lombalgie en 2015 (ou n'importe quelle autre année) a médicalement justifié la réduction du taux de travail de 100 à 80% en février 2016. L'assurée ne s'en est au reste pas prévalu auprès des différents experts. D'ailleurs, en mai 2017 encore, elle n'évoque qu'un épisode unique de problèmes de dos *dus à la grossesse* en cours alors (celle de 2016) et amenant l'arrêt de travail du 1^{er} juin 2016 (cf. expertise B. _____, p. 4; qui rapporte que le psychiatre traitant Dr D. _____ voit comme limitation à la reprise du travail la présence d'enfants en bas âge). On est bien loin d'une quelconque chronicité. Devant l'expert-rhumatologue E. _____ (cf. expertise bi-disciplinaire, p. 23), si elle dit que la douleur lombaire est apparue progressivement, depuis 2014, elle explique néanmoins que le *premier* arrêt de travail causé par elle était "petit"; elle se réfère ici manifestement à l'arrêt de travail du 1^{er} au 19 juin 2016 qui porte la mention: "Motif: lombalgie". Dès lors déjà que cet arrêt survient plusieurs mois après la réduction du taux d'activité de février 2016, cela dément l'argument que cette dernière aurait été nécessitée par une chronicité, notion qui implique en outre à tout le moins une répétition de cette atteinte et des arrêts de travail en découlant.

En octobre 2016 (cf. expertise B. _____), peu après l'accouchement de son troisième enfant, l'assurée est en mesure de voyager jusque dans le pays d'origine de son époux, pour un séjour de trois semaines qui se déroule bien. Après son retour et presque au terme de son nouveau congé maternité, elle résilie son contrat de travail. Sa généraliste l'adresse alors à un psychiatre, non à un somaticien. Devant l'expert B. _____, mandaté par l'assureur perte de gain, l'assurée n'exprime aucune plainte somatique excepté une bursite et une tendinite à l'épaule droite, traitées par antalgiques; seules des difficultés émotionnelles, psychologiques, en particulier avec son époux, sont évoquées; elle n'a pas de comportement algique durant l'entretien de 2h25.

L'assurée s'inscrit auprès de l'assurance-chômage en mai 2017. Elle admet avoir connu alors et pendant presque un an, hormis une dizaine de jours d'arrêt en octobre 2017, une capacité de travail totale. Pourtant, c'est à 80% uniquement qu'elle s'annonce au chômage durant toute cette période, et ce malgré que son époux est aussi au chômage, ce qui est synonyme d'une certaine disponibilité pour lui pour s'occuper des enfants et de revenus moindres pour chacun d'eux. C'est en avril 2018

que survient la première crise (douleur plus aiguë, cf. expertise rhumatologique E. _____, p. 23) de lombalgie et le début d'un suivi spécialisé (médecin orthopédiste, IRM, physiothérapie, etc.).

3.3. Le dossier (médical) n'objective ainsi pas la prétendue atteinte, depuis 2015, de lombosciatalgies droites chroniques qui aurait amené la réduction du taux de travail de 100% à 80% en février 2016, dès la fin du congé maternité. On ne discerne au reste pas comment, médicalement, cette réduction alors aurait suffi pour que les lombalgies itératives chroniques alléguées n'aient plus eu d'incidence sur la capacité de travail d'aide-soignante et sur celle d'effectuer les tâches ménagères.

Dans une courte attestation du 19 août 2022 (cf. pce 2 du recours), la Dre C. _____ indique certes que sa patiente souffre de lombosciatalgie depuis 2015, *raison pour laquelle* elle était plusieurs fois en arrêt de maladie totale et a dû diminuer son taux de travail. Cette assertion d'une généraliste traitante, ne figurant pas dans ses rapports détaillés antérieurs, doit cependant être accueillie avec toute la réserve qui s'impose et n'est pas propre à convaincre la Cour au vu des éléments ci-dessus.

3.4. Est en revanche patente dans ce dossier l'influence des maternités de l'assurée à laquelle se mêlent ou s'ajoutent *des choix* non liés à un état de santé mais familiaux et/ou individuels des époux relativement aux temps de travail respectifs, à l'exécution des tâches ménagères, à la prise en charge de l'enfant né en octobre 2015, puis des suivants, etc.

Lorsqu'elle tombe enceinte pour la première fois, l'assurée arrête sa formation. Elle s'occupe de son enfant (et du ménage) les années suivantes. Contrairement à ce qu'elle indique dans le questionnaire sur son statut (cf. *infra*), elle ne travaille qu'un mois à 100% pour toute la période de décembre 2007 à juillet 2012, réduisant dès janvier 2008 son taux à 60% pour s'occuper de ce premier enfant âgé alors de trois ans et demi (cf. également l'extrait individuel de compte). L'augmentation de son taux à 100% intervient après la séparation d'avec son époux d'alors; leur enfant a dix ans, sa garde est partagée et il va de fait vivre la plupart du temps chez son père. A la naissance en octobre 2015 de son deuxième enfant, elle diminue son taux de travail de 100% à 80% à l'issue de son congé maternité, en février 2016, pour s'en occuper (cf. *infra*). En outre, elle indique à plusieurs reprises qu'elle assume en sus la quasi-totalité des tâches ménagères avant l'atteinte à la santé déterminante débutée le 18 avril 2018, d'une part, et il faut souligner que sa deuxième et sa troisième grossesse se sont succédées de manière proche, d'autre part. Quasi au terme du congé maternité pour ce troisième enfant, elle résilie son contrat de travail.

A l'expert B. _____ (cf. expertise, p. 4), l'assurée indique expressément, en mai 2017, avoir réduit son taux d'activité à 80% en février 2016 (dès le 1^{er}, cf. attestation de l'ancien employeur, du 30 août 2022, pce 7), au retour de son congé maternité, *pour pouvoir s'occuper de son deuxième enfant*. Lors du premier point de situation INTAKE du 20 juillet 2018 (cf. dos. OAI 46), à la question de savoir à quel taux elle travaillerait sans atteinte à la santé, elle répond, selon ce document: "80% par choix car 2 enfants". A l'expert-orthopédiste F. _____, elle indique qu'après sa deuxième grossesse, en 2015, elle a réduit son activité à 80%, et l'a cessée après la troisième; sur demande de l'expert, elle reconnaît qu'elle est (toujours) en mesure de s'occuper de ses deux (derniers) enfants encore en âge préscolaire (cf. expertise F. _____, p. 23, 25; ég. expertise G. _____, p. 45).

Ce n'est qu'ultérieurement, dans le questionnaire sur son statut du 17 février 2020 (dos. OAI 139), qu'elle écrit que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%.

3.5. Pour la Cour, non seulement les premières déclarations de l'assurée (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a; 143 V 168 consid. 5.2.2) mais aussi toutes les circonstances du cas d'espèce démontrent que c'est fidèlement que le gestionnaire de l'OAI a transcrit les "allégations" de l'assurée lors du premier entretien INTAKE, en particulier le taux de 80% qu'elle aurait choisi d'adopter sans atteinte à la santé. On ne voit pas qu'il aurait inventé ces déclarations. A noter d'ailleurs que l'assurée parle de deux enfants – elle en avait alors trois, mais deux sous sa garde – et de burnout, comme elle le fait ailleurs (cf. expertise F. _____; requête d'AJT; expertise-psychiatrique de 2022, dos. OAI 311, p. 39).

C'est le lieu de souligner qu'il n'y a aucun motif non plus à considérer que les experts B. _____, F. _____, E. _____ et G. _____ ainsi que l'inspectrice lors de l'EEM n'auraient pas rapporté avec exactitude et professionnalisme les propos de l'assurée. Les annotations manuscrites de celle-ci (cf. pces 5 et 6) sur l'expertise bi-disciplinaire et l'EEM ne sauraient manifestement et à l'évidence rendre vraisemblable le contraire. Le fait en particulier qu'elle n'a pas signé le rapport d'entretien INTAKE n'est pas déterminant dès lors que ce rapport n'avait pas vocation à être signé. De plus, elle prétend ne pas en avoir eu connaissance avant le recours alors même que Pro Infirmis qui la représentait avait consulté le dossier après son élaboration et avant le dépôt du questionnaire sur son statut.

3.6. Sur le vu de tout ce qui précède, force est de constater que rien ne soutient la remise en cause de l'usage de la méthode mixte, retenue à bon droit. Le taux de 80 % pour l'activité lucrative a été correctement fixé compte tenu de son état de santé, de sa vie familiale, de ses démarches auprès de l'assurance-chômage ainsi que de ses déclarations de la première heure.

4.

4.1. Pour ce qui est de la capacité de travail de l'assurée et de l'accomplissement de ses tâches ménagères, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire (rhumatologie et psychiatrie), dont le rapport est daté du 12 novembre 2021 (cf. dos. OAI 273).

Pour leur appréciation, les experts se sont fondés sur l'ensemble du dossier asséurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux est en particulier mentionnée. Chaque expert fait état notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques objectives réalisées, etc. Ils ne se contentent pas de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux font l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux sont décrits de manière claire. Les experts ont analysé notamment les capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles) de l'assurée. C'est de façon claire qu'ils apportent une conclusion à leur expertise individuelle, répondent aux questions qui leur sont posées, y compris quant aux options thérapeutiques à proposer, et se prononcent dans le cadre de l'avis consensuel. L'expertise remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, son contenu doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant.

La tâche de chaque expert, pour l'avis consensuel aussi, consistait à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Cela étant, il revenait à l'OAI, au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de

travail de l'assurée, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. arrêt TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63).

La simple possibilité d'une atteinte à la santé au sens d'une hypothèse insuffisamment vérifiée cliniquement ne suffit pas pour la retenir ici. La détermination d'un éventuel droit à la rente est fondamentalement indépendante du diagnostic et de l'étiologie; ce qui est essentiel, c'est si, et dans quelle mesure alors, il existe une altération de la capacité de travail ou de gain (cf. ATF 141 V 585 consid. 4.2.3. non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 7.3).

4.1.1. L'expert-rhumatologue, le Dr E. _____, diagnostique, avec effet sur la capacité de travail, une lombosciatique L4/L5 droite sur hernie discale L4-L5 avec atteinte sensitive et motrice. L'IRM et le CT lombaires d'avril et mai 2018 ont mis en évidence une discopathie (protrusion) avec une hernie discale neuro-compressive au niveau foraminaux à droite et un bec ostéophytique responsable d'une sténose (compression) centrale du canal spinal et d'un rétrécissement foraminaux à droite (cf. dos. OAI 89; lombo-sciatique avec un déficit sensitif L4). L'IRM de janvier 2021 (cf. dos. OAI 165) et l'examen clinique corroborent une aggravation, fin 2020, de cette hernie discale, avec une protrusion discale paramédiane droite L4-L5 migrée "crânialement", avec sténose du récessus latéral et de la partie interne du foramen droit ainsi que mise à l'étroit de la racine L4 droite, arthrose facettaire. Il y a un déficit des releveurs du pied droit. En L5-S1, il existe un très léger prolapsus discal, sans compression radiculaire. L'assurée est obèse (IMC 37).

L'expertisée indique que la douleur, qui est nocturne, est actuellement moins forte qu'en décembre 2020. Néanmoins, elle sent une diminution de la force musculaire dans la jambe droite, des paresthésies sur la face antérieure de celle-ci et le pied qui "rippe"; elle situe le niveau de la douleur visuelle analogique à 7.5/10, ce que l'expert considère comme assez vraisemblable s'agissant d'une douleur neurologique, ajoutant cependant que les antalgiques prescrits sont à la hauteur de ces douleurs alléguées.

L'expert retient que depuis la crise de décembre 2020, l'assurée va mieux, mais qu'il persiste un déficit sensitif ancien ainsi que l'évocation d'un léger "steppage" du membre inférieur droit. Au vu de l'ancienneté de la symptomatologie, une chirurgie agressive, qui risquerait d'aggraver la situation en regard de la comorbidité psychiatrique, ou même des infiltrations seraient vouées à l'échec; il faut poursuivre les antalgiques et lui prescrire une physiothérapie douce, si possible en piscine.

Ses limitations fonctionnelles sont une activité sans port de charge de plus de 5 kg, pas de position en porte-à-faux ou torsion du buste, sans effort à partir du sol de plus de 5 kg, permettant un changement de position toutes les 30 minutes et évitant les marches prolongées, celles en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escalier ainsi que les marches. La capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle depuis mai 2018. Elle est pleine et entière dans une activité adaptée depuis septembre 2019, l'expertise du Dr F. _____ pouvant être suivie à cet égard; à partir de décembre 2020, elle est de 80% pour tenir compte d'une baisse de rendement de 20% du fait des changements de position réguliers nécessaires. L'assurée peut effectuer les gestes de la vie quotidienne à l'exception des efforts; elle bénéficie d'un soutien familial important, sur ce plan aussi, notamment de son mari.

4.1.2. L'expert-psychiatre, le Dr G. _____, retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), sans effet sur la capacité de travail. L'état de santé psychologique, singulièrement, l'intensité des symptômes thymiques, sont compatibles avec une activité adaptée à ses problèmes physiques.

Spontanément, l'expertisée se plaint de douleurs chroniques au niveau de la colonne lombaire irradiant régulièrement à droite, mais son discours est succinct, avec peu de détails. Sur le plan thymique, elle dit vivre un moment psychologique difficile à cause de ses problèmes physiques; elle ne voit plus d'avenir professionnel à cause de ses douleurs.

Pour l'expert, il y a divergence manifeste entre l'appréciation objective de l'état clinique et les antécédentes anamnestiques figurant dans le dossier. Il en va ainsi des difficultés à se déplacer et à demeurer assise durant un entretien rapportées par la psychiatre traitante et les observations cliniques: elle a pu rester 90 minutes assise sans montrer de difficultés en lien avec ses douleurs, sans devoir se mettre en position antalgique; elle a descendu les escaliers sans difficultés et sa démarche n'est marquée que par une très légère boiterie à droite. La motricité et la psychomotricité sont conservées; aucun signe somatique d'anxiété ou de douleurs n'est observé. Son discours est peu informatif. Sa mémoire immédiate et à long terme est conservée. Il n'y a pas lieu à examen neuropsychologique. L'humeur est euthymique, mais elle décrit des moments de tristesse en lien avec son état physique, pas d'idées noires. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur; il existe une diminution de l'intérêt et du plaisir, mais pas vraiment une nette anhédonie; elle ne présente pas de sentiment de dévalorisation.

Si la symptomatologie douloureuse a pu provoquer pendant les périodes de décompensation une altération dans les registres émotionnels et comportementaux, ce qui peut entraîner un effet délétère sur le plan thymique en augmentant le retentissement des handicaps psychosociaux liés à chacune des pathologies, l'état psychologique actuel ne comporte pas les critères symptomatiques nécessaires pour que soit retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur. En outre, seuls des traits de personnalité évitante et de personnalité dépendante sont retenus. Au reste, l'assurée a pu maintenir pendant des années un bon niveau de fonctionnement psychosocial et professionnel, en entretenant des relations professionnelles et privées épanouies, sans aucune souffrance subjective, de sorte qu'un trouble de personnalité doit être écarté. L'expert retient que la grande demande de reconnaissance de sa souffrance physique et les divergences entre les éléments anamnestiques du dossier, les constatations cliniques lors de l'entretien d'expertise ainsi que les caractérisations vagues de certains éléments tendent à attester, sans que cela ne soit objectivement démontrable, une recherche de bénéfices secondaires, influençant négativement l'état émotionnel.

L'expert recommande de poursuivre l'aide psychothérapique au développement des capacités de mobilisation des ressources psychologiques, permettant de travailler sur des stratégies et des méthodes de diminution des tensions intérieures.

En conclusion, l'expert-psychiatre note que, s'il a été difficile et laborieux d'estimer rétrospectivement la capacité de travail sur le plan psychique et qu'il faut dès lors prendre en considération les appréciations des médecins traitants à cet égard, une évolution clinique (thymique) favorable peut être admise depuis *au moins* avril 2021, la capacité de travail étant désormais pleine et entière dans toute activité adaptée à ses limitations physiques.

4.1.3. En consilium d'évaluation interdisciplinaire (cf. expertise, p. 60ss), est retenu, avec effet sur la capacité de travail, le diagnostic de lombosciatique L4/L5 droite sur hernie discale L4-L5 avec atteinte sensitive et motrice; sans cet effet sur dite capacité, un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger (F33.0). La capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle, ce depuis mai 2018. Dans une activité adaptée, cette capacité est pleine et entière de septembre 2019 à novembre 2020; depuis décembre 2020, elle est de 80% (100% avec baisse de rendement de 20%) du fait de l'aggravation symptomatologie clinique. Le consilium confirme par ailleurs les remarques rapportées

ci-dessus en termes de recherche de bénéfice et de grande demande de reconnaissance de sa souffrance physique, ainsi que les divergences entre les éléments anamnestiques du dossier et les constatations cliniques.

4.1.4. L'OAI met en œuvre une EEM, réalisée le 3 mars 2021, plusieurs mois après la survenance de la seconde crise aiguë de lombalgie. L'enquêtrice répond, le 10 mars 2022, aux objections du 9 décembre 2021 (dos. OAI 362 et 352). Elle pointe notamment que ni l'expert-rhumatologue – pas davantage au reste qu'aucun autre expert ou spécialiste en orthopédie ou neurochirurgie –, ni l'expert-psychiatre de 2021, n'infirmant ses constats et conclusions; et qu'une atteinte incapacitante n'est pas retenue sur le plan psychique.

La Cour relève que l'expert E. _____ souligne par exemple que l'intéressée est en mesure d'effectuer ses tâches quotidiennes, cas échéant, pour celles nécessitant des efforts plus importants, avec l'aide de son époux et d'autres proches. On peine en outre à saisir en quoi la grande fatigue, la fatigabilité (psychique) et le ralentissement psychomoteur allégués (cf. *infra*) entraveraient significativement, empêcheraient même que l'assurée se mobilise pour exécuter et réaliser ses tâches ménagères, conformément à ses possibilités réelles. Des limitations et une incapacité reconnues pour l'activité lucrative ne peuvent au reste pas être transposées ainsi simplement sur la tenue du ménage; elles y ont au contraire en règle générale un effet moindre, déjà parce qu'il n'y a pas la même intensité, la même attente d'efficacité, de rendu, etc. que pour un travail, que l'assuré dispose d'un temps plus grand pour effectuer ses tâches, peut et doit dans toute la mesure possible les organiser, les fractionner, et recourir à l'aide de proches.

Cette analyse établie par une enquêtrice spécialisée dans ce domaine, basée non seulement sur les plaintes et explications de l'assurée mais aussi sur les observations effectuées *in situ*, répond aux prescrits en la matière et à ceux jurisprudentiels; elle a force probante. On n'y voit pas la sous-appréciation des atteintes et limitations somatiques ainsi que psychiques, ces dernières plus importantes encore, qu'invoque la recourante. L'expertise bi-disciplinaire ne contient pas d'élément justifiant sa remise en cause, en particulier s'agissant de l'accomplissement des tâches ménagères, du point de vue psychique. Les taux d'incapacité pour la part ménagère relayés par les médecins traitants Dres C. _____ (en se fondant sur les seules indications données par l'assurée lors de l'EEM, p. 18 s.) et H. _____ ainsi que la recourante, de, respectivement, 49%, 60-70%, et 65% ne sont pas fondés et ne sont pas retenus ici. Etant relevé en sus que contrairement à ce qu'a fait l'enquêtrice pour chaque genre de travaux ménagers, ils ne prennent pas en compte l'obligation de réduire le dommage.

S'agissant précisément de l'aide exigible de l'époux, l'assurée a affirmé à une seule reprise, lors de l'EEM, que son époux aurait dû, du fait de sa participation plus importante aux tâches ménagères, diminuer de 100% à 80% son taux d'activité, subissant ainsi une perte de revenu. Cette assertion n'est toutefois étayée par aucune pièce. De plus, pour sa part, la recourante affirme que, sans l'atteinte à la santé, elle aurait continué à assumer les tâches ménagères tout en travaillant à 100%; on ne voit pas pourquoi il en irait différemment de son époux. On relèvera au passage que celui-ci était au chômage en mai 2017 et avait toujours un statut de temporaire en juillet de cette même année, éléments pouvant expliquer la baisse de revenu invoquée; dès 2021 à tout le moins, il travaillait à 100% (cf. not. expertise B. _____, rapport INTAKE, commentaires de la recourante sur les expertises B. _____ et G. _____, fiches de salaires pour l'AJT). Cela étant, l'assurée a aussi expliqué aux différents experts bénéficier régulièrement de l'aide de sa mère et d'une tante. Les taux de réduction du dommage retenus par l'enquêtrice ne souffrent dès lors pas la critique.

4.2. Pour la recourante, *sur le plan somatique*, son incapacité de travail était de 100% du 18 avril 2018 à fin février 2020, de 35% du 1^{er} mars 2020 à fin novembre 2020, de 100% du 1^{er} décembre 2020 à fin juin 2021, et de 50% dès le 1^{er} juillet 2021.

La Cour souligne que l'atteinte de lombalgie se manifeste lors de deux crises aiguës, la première en avril 2018, avec un début de l'incapacité de travail déterminante, la seconde en décembre 2020. Si un "blocage" et une incapacité totale s'entendent alors, leur aspect temporaire doit être relevé.

4.2.1. Dans son rapport du 31 janvier 2020 (cf. dos. OAI 125), le Dr F. _____, chirurgie orthopédique, indique que la situation médicale est stabilisée depuis plusieurs mois, sans plus d'évolution. Il n'y a pas de déficit moteur. La discopathie avec hernie relativement volumineuse que montre l'IRM du 6 septembre 2019 objective les douleurs et plaintes de l'assurée et l'incapacité totale à exercer l'activité habituelle d'aide-soignante, qui n'est définitivement plus exigible. Pour autant, le médecin estime que l'atteinte ne s'oppose pas à l'exercice d'une activité adaptée, ce que confirment également les résultats de l'examen clinique. Le Dr F. _____ fixe certes le début d'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée au 1^{er} mars 2020, soit deux mois après avoir vu l'expertisée. Cela étant, en raison de la stabilisation depuis plusieurs mois, à tout le moins depuis l'IRM précitée, on peut retenir une pleine capacité bien antérieure à ce terme du 1^{er} mars 2020.

La Cour observe que la généraliste traitante, Dre C. _____, admet d'ailleurs alors cette stabilisation et l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée; elle estime toutefois que le taux de la capacité de travail est de 6h par jour, soit de 75%, puis elle retient un taux de 60-70%, sans perte de rendement. Elle ne mentionne toutefois pas d'élément médical objectif s'opposant au plein temps retenu par le Dr F. _____, et repris par l'expert E. _____ sur toute la période considérée.

Partant, il est retenu, avec ce dernier au terme de son analyse détaillée, qu'*au plus tard* le 1^{er} septembre 2019, un an et demi après la crise d'avril 2018, la capacité de travail dans une activité adaptée à 100%, sans perte de rendement, était exigible. Partant, sous réserve qu'une atteinte psychique déterminante existait, ce qui sera examiné plus bas, en fixant la fin du droit à la rente entière au 30 novembre 2019, l'OAI a agi selon le droit (cf. art. 88a al. 1 RAI).

4.2.2. S'agissant de la situation à compter de la seconde crise survenue en décembre 2020, celle-ci a été dûment prise en compte par l'expert-rhumatologue E. _____. Il rapporte une aggravation de la situation depuis l'IRM 2018 et a adapté en conséquence les limitations fonctionnelles, par exemple en diminuant, davantage même que la Dre C. _____, la limite de charge. L'expert-rhumatologue intègre en outre l'appréciation du Dr F. _____, lequel avait *déjà* tenu compte d'une aggravation intervenue depuis 2018 selon l'IRM du 6 septembre 2019 attestant d'une hernie discale médiane et paramédiane D relativement volumineuse et entraînant un effet de masse sur le cordon médullaire. De fait, hormis un Lasègue à droite plus rapidement positif désormais, c'est la survenance d'un état neurologique avec léger syndrome déficitaire, sous forme de légère faiblesse du releveur du pied à droite M4, soit le degré juste inférieur à celui M5 synonyme d'une force normale, mentionnée par le neurochirurgien I. _____, vu pour la seconde fois en janvier 2021 (cf. dos. OAI p. 237), qui constitue le changement essentiel par rapport à la situation appréciée par le Dr F. _____. L'état s'est au reste amélioré depuis que l'assurée a été vue par le neurochirurgien, seule une légère boiterie étant observée (cf. expertise bi-disciplinaire, p. 31, 34 et 48). La Cour relève que la recourante a refusé de se faire opérer alors que le neurochirurgien l'avait préconisé; or, elle soutient avoir recouvert une capacité de travail totale avec une diminution du rendement de 50% quelques mois plus tard, dès juillet 2021, soit un taux même supérieur à celui qu'elle retient pour mars à décembre 2020, soit avant la seconde crise. Et ce, en suivant un simple traitement

conservateur. Enfin, l'expert E. _____, à l'instar du Dr F. _____, relève que, même si les douleurs subjectivement exprimées apparaissent vraisemblables au vu des atteintes objectivées, l'assurée peut travailler à plein temps et effectuer ses tâches ménagères avec l'aide appropriée; la médication est en outre apte à répondre à ces douleurs qui sont, la Cour le rappelle, désormais non constantes ni aiguës comme lors des deux crises intervenues. Une perte de rendement de 20% couvre donc tous les effets éventuels de l'aggravation intervenue.

4.2.3. Le rapport du 10 juin 2021 de la généraliste traitante Dre C. _____, attestant d'une incapacité de travail totale du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2021, ne convainc manifestement pas, ne serait-ce que parce qu'il est en contradiction avec ce qu'elle avait elle-même régulièrement attesté avant l'aggravation de la hernie en décembre 2020 et avec le taux de capacité de 35% admis par la recourante.

Surtout, la recourante retient, en se fondant sur le rapport de la Dre C. _____ du 26 août 2022, qu'elle dispose d'une capacité de travail de 50% (100% moins 50% de perte de rendement; cf. recours, p. 22 s.; pièce 3 du recours) dès le 1^{er} juillet 2021. Elle ne s'écarte de l'appréciation de l'expert, qui a vu l'assurée pourtant le 31 août 2021, que sur quelques points, en reprenant manifestement largement les dires de sa patiente. Toutefois, ces arguments ne justifient pas de retenir une baisse de rendement de 50% plutôt que celle de 20%. Rien n'atteste médicalement la fatigabilité qu'elle relève, ce *léger* ralentissement psychomoteur et la nécessité de siestes, ni, surtout, l'invalidité en découlant. En outre, il en va de même d'une position qui ne pourrait être gardée plus d'une dizaine de minutes. Ni les médecins spécialistes, ni les experts, ni l'enquêtrice de l'EEM n'en ont au reste fait état, relevant au contraire le maintien de la position assise et une absence de comportement algique pendant tout les (longs) entretiens. Il n'y a aucun motif de considérer qu'ils se sont tous ingéniés à ignorer ces différents éléments. Au reste, l'expert E. _____ a retenu comme limitation fonctionnelle un changement de position toutes les 30 minutes. Les différents aspects invoqués par la généraliste traitante sont clairement couverts par la diminution de rendement de 20% retenue dans l'expertise, que confirme ici la Cour. Qui souligne que, selon la recourante elle-même, le simple suivi des thérapies et l'ajustement des antalgiques lui ont permis de passer d'une incapacité de travail de 100% à une de 50% en très peu de temps. S'agissant en particulier de la fatigue invoquée, la Cour retient qu'outre son implication dans le ménage et notamment la prise en charge de trois enfants en bas âge, d'autres causes non médicales ou de santé peuvent à tout le moins contribuer à cette prétendue très importante fatigue; par exemple, le fait qu'après avoir mis les enfants au lit vers 20h00, elle joue à la Playstation ou va sur Internet (réseaux sociaux), etc. jusqu'au coucher, vers 23h30, ce qui n'est pas propice (usage d'écran) à un sommeil réparateur et débutant suffisamment tôt, mais témoigne d'une possibilité de conserver une position (assise) plusieurs heures et d'une certaine aptitude à la concentration (cf. expertise bi-disciplinaire). En tout état de cause, le caractère incapacitant de cette fatigue n'est pas établi.

Au vu de ce qui précède, l'appréciation de l'expert E. _____ de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis décembre 2020, baisse de rendement comprise, ne souffre pas la critique, pas davantage que celle à effectuer les activités habituelles, confirmant l'EEM.

Le rapport d'IRM du 20 septembre 2023 ne change rien à ce qui précède. Cet examen survient plus d'un an et demi après la décision attaquée et aucun élément ne permet de considérer qu'il représente un état de fait qui existait déjà alors. De plus, le rapport fait état d'une progression d'une protrusion, mais également de la diminution d'une autre. Dans sa courte attestation du 2 octobre 2023, la généraliste traitante Dre C. _____ se borne à mentionner une aggravation de l'état de santé mais

ne dit rien de la date de cette progression, de ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail, ne remettant pas en cause le 50% qu'elle avait retenu elle-même avant que ne soit rendue la décision attaquée.

4.3. *Sur le plan psychique*, la recourante est d'avis que son incapacité de travail est totale sans discontinuer à tout le moins depuis le mois de décembre 2018.

A titre liminaire, la Cour souligne que nombre des plaintes et assertions ultérieures de l'assurée exprimées devant les médecins et experts somatique et psychiatriques l'avaient été déjà auprès du psychiatre traitant d'alors, le Dr D._____, et de l'expert B._____, ce bien qu'aucune problématique incapacitante de lombalgie ou de hernie n'existait ni n'était avancée, qu'une prise de médicaments conséquente quotidienne en découlant n'était logiquement pas alléguée, qu'aucun antidépresseur n'était absorbé, etc. Elle relatait en effet une forte fatigue, une sieste de plusieurs heures quotidienne, une perte de mémoire, une absence d'amélioration de son état psychique, des idées noires, un mauvais sommeil, un manque total de confiance en elle, une angoisse, une impossibilité complète de travailler, etc. En outre et pourtant, sans même suivre le traitement recommandé par l'expert B._____ (prise d'un anti-dépresseur et traitement cognitivo-comportemental augmenté, à un rythme hebdomadaire), elle avait recouvré sa capacité de travail dès mai 2017 puisque le 4 du même mois (cf. dos. OAI 7), son psychiatre traitant avait certifié que son état de santé lui permettait de retravailler à 100% à compter du 1^{er} mai 2017, la seule limite étant qu'elle ne pouvait reprendre le travail auprès de son employeur "actuel" (le dernier), et qu'elle s'était inscrite à l'assurance-chômage – éléments qu'elle n'avait pas communiqués à l'expert B._____.

Selon la recourante, ses atteintes psychiques sont, relativement à la capacité de travail et, surtout, à celle d'effectuer les tâches ménagères, très voire plus importantes que celles somatiques, et indépendantes, non causées par celles-ci.

4.3.1. La Cour observe notamment ce que suit:

Pour la Dre H._____, médecin-assistant auprès d'un cabinet médical et psychothérapeutique, l'atteinte physique de lombalgie a fortement influencé la survenance des atteintes qu'elle retient. Or, contre toute attente, alors qu'une amélioration de la capacité de travail sous l'angle somatique est reconnue par les médecins et admise par l'assurée, la psychiatre traitante assure qu'il existe une incapacité totale de travail depuis le début de son suivi à la mi-2018, sans aucune discontinuité, avec même une péjoration sous forme d'un second diagnostic (personnalité anxieuse F60.6) avec effet sur la capacité de travail. On accueille avec réserve également la permanence sans altération aucune trouble dépressif incapacitant qu'elle retient, alors même que sans suivi psychique aucun de mai 2017 à la mi-décembre 2018, il avait disparu. Enfin, on relève que ni le Dr B._____, dans son expertise de 2017, ni la Dre H._____ jusqu'à la décision attaquée, n'ont considéré incapacitant le trouble de la personnalité qu'ils voient; on ne saisit pas, médicalement parlant, pourquoi, selon cette dernière, il le serait cependant devenu soudainement, vers août 2022.

Il est relevé que l'épisode dépressif, le premier trouble psychique selon l'expert B._____, ayant amené une incapacité de travail à partir du 17 décembre 2018 a pris fin au printemps 2017. Depuis lors, l'assurée a recouvré de façon durable une pleine capacité de travail sur le plan psychique jusqu'en décembre 2018. En outre, l'expert B._____ ne retenait, en 2017, *pas* d'antécédents familiaux invalidants, la Dre H._____ n'en faisait pas mention dans son rapport d'avril 2021 non plus. On s'étonne que des *antécédents* se seraient soudain révélés en décembre 2018, contribuant

depuis à l'existence d'une incapacité de travail entière, selon ce que prétend désormais cette praticienne traitante dans son rapport de fin août 2022. On observera d'ailleurs que malgré un changement de pays et de système en cours de scolarité, l'assurée a achevé celle-ci puis obtenu son CFC, qu'elle s'est trouvée en mesure de se séparer de son premier époux en accord avec ses sentiments et sa conscience d'elle-même, de nouer sur les réseaux sociaux une nouvelle relation et de se rendre dans le pays de son futur nouveau mari pour faire sa connaissance, de retrouver une place de travail après son licenciement de 2012, ...; on ne voit pas là l'expression des empêchements, limitations et incapacités invoqués par la Dre H. _____ et la recourante. De même, c'est essentiellement un problème de détérioration d'ambiance, d'horaires entravant sa prise en charge des enfants, etc., bref des éléments non invalidants au sens de l'AI qu'elle a déplorés dans ses deux dernières activités lucratives (cf. expertise B. _____).

Des dépressions post-partum, voire un déni de grossesse, n'ont jamais été évoqués par l'assurée ou un médecin, pas même par la Dre H. _____ dans son premier rapport d'avril 2021; laquelle ne relate pas non plus, à tout le moins pas jusqu'à la décision attaquée, que la nouvelle grossesse et la naissance d'un enfant en mai 2022 aurait amené une péjoration de l'état de sa patiente. On ignore pourquoi tous éléments apparaissent soudainement dans son dernier rapport, sans plus d'explications. Cela ne saurait permettre de renverser la thèse des experts.

Aucun expert ne retient, médicalement, la fatigue et la fatigabilité alléguées, et moins encore un aspect incapacitant de celles-ci. Il en va de même du ralentissement psychomoteur, de la perte de mémoire et du discours pauvre allégués. Au reste, malgré un suivi débuté en décembre 2018, la Dre H. _____ n'a jamais jugé utile de faire réaliser ce bilan neuropsychologique qu'elle appelle de ses vœux à présent et que l'expert-psychiatre G. _____ a jugé non requis. Le dossier montre une assurée en mesure de s'expliquer sans difficultés, qui n'est pas entravée par des problèmes de mémoire, téléphone, a appris et user de moyens électroniques pour l'administration des affaires à domicile, pour ses loisirs, et capable de rédiger elle-même des objections.

S'agissant du prétendu retrait social, il n'est pas avéré. Outre qu'avant le début de l'incapacité déterminante en 2018, l'assurée déplore déjà auprès de l'expert B. _____ un manque d'activité extérieure, etc., ce qui s'entendait et se comprend d'ailleurs toujours s'agissant d'une mère de plusieurs enfants en bas âge, on relève qu'elle indique à l'expert G. _____ vivre depuis toujours de manière plutôt isolée (cf. expertise bi-disciplinaire, p. 62). En outre, elle est en contact très régulier avec plusieurs membres de sa famille. Il n'y a pas de manque de ressources.

Enfin, il est précisément attendu d'un expert, ici le Dr G. _____ en particulier, qu'il puisse apprécier l'ensemble du dossier et de la situation même en ne voyant l'expertisé qu'une fois; il n'y a en l'espèce aucun élément permettant de retenir que tel ne fut pas le cas.

4.3.2. Au vu du dossier et de tout ce qui précède, la Cour retient l'absence de toute limitation et incapacité sur le plan psychique dont devrait répondre l'AI, non seulement depuis que l'expert-psychiatre G. _____ a vu l'assurée, mais aussi depuis le 17 décembre 2018, début du suivi par la Dre H. _____. Singulièrement, ni le trouble dépressif, ni les *traits* de personnalité décrits de façon probante et convaincante par cet expert ne sont incapacitants, ni n'empêchaient ou n'empêchent que l'assurée se mobilise, travaille et effectue ses tâches ménagères. Ceci met en particulier un terme aux griefs de la recourante en lien avec l'accomplissement de ces dernières et ce qui en est dit dans l'EEM.

5.

5.1. Il résulte de tout ce qui précède que le recours par l'OAI à la méthode mixte est parfaitement justifié. Il n'est pas établi que l'état de santé de la recourante et/ou ses effets sur la capacité de travail et de gain ainsi que dans l'activité ménagère jusqu'à la décision attaquée justifient l'octroi de prestations autres que celles temporairement allouées d'avril à fin novembre 2019.

5.2. En particulier, pour la période subséquente, la diminution de rendement de 20% ne permet plus à la recourante de prétendre à une quelconque rente. A cet égard, soulignons que les calculs de l'OAI relatifs au taux d'invalidité ne souffrent pas de critique quoi qu'elle en dise.

Notamment, le revenu de valide que l'ancien employeur a indiqué pour 2019 (cf. pce 7) ne peut être retenu, déjà parce que l'assurée a démissionné début décembre 2016. Le psychiatre traitant D. _____ avait attesté qu'elle pouvait travailler à nouveau à 100%, hormis chez ce dernier. Le recours au salaire ESS 2018 est dès lors tout à fait justifié et correct. Certes, il aurait dû être indexé, le droit à la rente ne débutant qu'en 2019; cela étant, il aurait dû en aller alors de même du revenu d'invalidité et cet élément n'est aucunement déterminant ici.

Puisque les limitations fonctionnelles ainsi que la perte de rendement ont déjà été prises en considération pour la détermination de sa capacité de travail dans une activité adaptée, et qu'est ouvert à l'assurée un nombre suffisant d'activités adaptées au vu du large éventail que recouvre l'ESS 2018, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1. 77-82, cat. 1 femmes dont a usé l'OAI, une déduction supplémentaire sur le salaire statistique pour tenir compte des circonstances liées au handicap ne se justifie pas (cf. arrêts TF 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 et la référence; 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3). On notera en particulier qu'il n'y a pas d'incapacité de travail due à une atteinte psychique.

La part de l'activité ménagère n'entrant que pour 20% dans le calcul, même en quadruplant le taux de 13.29%, confirmé ici, le degré d'invalidité total serait toujours insuffisant pour ouvrir un droit à une rente après novembre 2019 (cf. arrêt TF 9C_108/2021 du 1^{er} septembre 2021 consid. 7).

5.3. Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

6.

6.1. La recourante a sollicité l'octroi de l'AJT (608 2022 131).

Les conditions cumulatives d'indigence et de chance de succès du recours mises par l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) apparaissent remplies. L'AJT sera accordée; un défenseur d'office en la personne de la mandataire choisie sera désigné à la recourante.

6.2. La mandataire produit sa liste de frais le 4 septembre 2023, et la complète le 5 octobre. Elle demande le paiement de plus de 31 heures d'honoraires. Ce montant apparaît excessif au vu notamment de la complexité du cas. On notera en particulier que les contre-observations qu'elle demande de déposer après réception de la détermination de l'OAI, transmise pour information, ne contiennent pas d'éléments non déjà exposés dans le recours et qu'elle s'est en outre exprimée de manière excessive sur la méthode mixte ou encore sur la question des revenus. Les opérations qu'elle a entendu mener suite à l'envoi pour information de la prise de position LPP ne sont pas utiles, celle-ci n'ayant aucune incidence dans la présente procédure; elle est au reste confirmée par

le dossier (cf. par exemple la demande de prestations), et la mandataire l'a en définitive admise. La Cour arrête, au vu de toutes les circonstances du cas d'espèce, à 20 heures le nombre d'heures raisonnable devant être supporté par l'AJT.

6.3. Sur la base du tarif applicable (art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12), le total des honoraires sera dès lors fixé en tenant compte de 20h à CHF 180.-, soit CHF 3'600.-. La mandataire demande CHF 319.80 de débours (CHF 315.50 + CHF 4.30). Au vu du nombre des photocopies effectuées (cf. art. 9 al. 2 Tarif/JA), il se justifie de réduire les frais d'impression du dossier, qui a en sus été transmis sous forme de CD-Rom à la mandataire. Les débours seront dès lors réduits à CHF 150.- au total. Partant, l'équitable indemnité à laquelle elle aura droit sera fixée à CHF 3'600.- d'honoraires, plus CHF 150.- de débours et CHF 288.75 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 4'038.75. Ce montant sera à la charge de l'Etat de Fribourg.

6.4. La procédure n'est pas gratuite. Des frais, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils ne seront pas perçus, du fait de l'AJT octroyée.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2022 130) est rejeté.
- II. La requête (608 2022 131) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate, est désignée en qualité de défenseure d'office.
- III. Il est alloué à Me Séverine Monferini Nuoffer, en sa qualité de défenseure d'office, une indemnité de CHF 4'038.75, dont CHF 288.75 au titre de la TVA (7.7%), à la charge de l'Etat de Fribourg.
- IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée.
- V. Notification.

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

Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA).

Fribourg, le 10 janvier 2024/djo

La Présidente

Le Greffier-rapporteur