



**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

605 2025 36

Arrêt du 8 avril 2026

1^e Cour des assurances sociales

Composition	Présidente suppléante : Daniela Kiener Juges : Stéphanie Colella, Anne-Sophie Peyraud Greffière : Tania Chenux
Parties	CAISSE DE PENSION FENACO, recourante , représentée par Me Matthias Frey, avocat, contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée
Objet	Assurance-invalidité – nouvelle demande – droit à la rente – capacité de gain – devoir d'instruction de l'assureur Recours du 24 février 2025 contre la décision du 23 janvier 2025

considérant en fait

A. A. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1969, mariée, mère de deux enfants majeurs, domiciliée à B. _____, a travaillé comme gérante adjointe du 1^{er} octobre 2016 au 11 juin 2022, d'abord à 100% puis à 80% dès le 1^{er} août 2019, auprès de l'entreprise C. _____ AG à D. _____.

Le 14 mai 2021, à la suite d'un faux mouvement survenu lors du passage de la position accroupie à la position debout, l'assurée a présenté une déchirure méniscale au genou gauche, qui a nécessité une première intervention chirurgicale par arthroscopie, réalisée en juillet 2021 par le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Au vu de la persistance de douleurs au genou gauche, ce chirurgien l'a adressée au Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour un deuxième avis, lequel a procédé à une nouvelle intervention chirurgicale (ostéotomie de valgisation du tibia gauche) le 14 juin 2022.

B. Le 23 novembre 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'une atteinte à la santé d'origine malade, sans autre indication quant à sa nature ou à la date de son apparition.

En avril 2023, l'assurée a subi une nouvelle déchirure méniscale du genou gauche. Une troisième intervention chirurgicale a été pratiquée le 13 juin 2023, sous la forme d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, qui n'a pas permis d'améliorer la symptomatologie douloureuse d'origine mécanique. Compte tenu de la persistance des troubles, une quatrième intervention a été réalisée le 26 mars 2024, consistant en l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche. Au vu de ces atteintes, le Dr F. _____ a régulièrement attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 13 juin 2022.

L'assureur perte de gain maladie a versé des indemnités journalières du 11 septembre 2022 au 31 mai 2025.

L'employeur de l'assurée a résilié les rapports de travail avec effet au 31 mai 2023.

Par décision du 23 janvier 2025, reprenant un projet de décision du 23 octobre 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2023, retenant un degré d'invalidité de 80% selon la méthode mixte. Il a précisé que le dossier serait réévalué en mai 2025 en raison de la situation médicale non stabilisée et d'une opération prévue début 2025. Cette décision a été notifiée à la Caisse de pension fenaco en sa qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé.

C. Par acte du 24 février 2025, la Caisse de pension fenaco (ci-après: la recourante), représentée par Me Matthias Frey, avocat à Berne, interjette recours contre la décision du 23 janvier 2025 devant la 1^e Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En substance, la recourante considère que l'instruction médicale ayant servi de fondement à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juin 2023 est insuffisante, une incapacité de travail totale ne pouvant être reconnue de manière continue à compter de cette date. Elle reproche en effet à l'OAI de s'être

fondé exclusivement sur l'évaluation du Dr F. _____, lequel a rédigé son dernier rapport le 13 septembre 2024, qu'elle estime insuffisamment actuel, et de ne pas avoir soumis le dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR). Elle relève par ailleurs que le chirurgien traitant a, à plusieurs reprises, admis l'exigibilité de l'activité exercée, à tout le moins d'une activité adaptée, et fait valoir que les douleurs au genou ne conduisent en règle générale pas à une invalidité totale. La recourante invoque également des incertitudes relatives à la durée et à l'ampleur de l'incapacité de travail consécutive à l'intervention chirurgicale annoncée pour janvier 2025 par le Dr F. _____ dans le rapport médical du 13 septembre 2024. Elle reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir respecté le principe de la priorité de la réadaptation, en renonçant à la mise en œuvre de mesures de réadaptation préalablement à l'octroi de la rente d'invalidité. Elle critique enfin l'absence d'enquête ménagère pour la partie ménagère prise en compte à hauteur de 20% et soutient que l'empêchement ménager évalué à 0% par l'OAI exclurait une incapacité de travail totale dans une activité adaptée.

L'avance de frais de CHF 800.-, requise le 27 février 2025, a été acquittée dans le délai imparti.

Dans ses observations du 20 mai 2025, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et confirme sa décision du 23 janvier 2025. Elle fait valoir que l'instruction repose sur de nombreux rapports médicaux détaillés émanant du chirurgien traitant, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de solliciter l'avis du SMR, une telle démarche n'étant pas légalement obligatoire. Elle estime dès lors que l'instruction médicale n'est pas lacunaire et précise qu'une révision d'office a été ouverte le 1^{er} mai 2025. L'autorité intimée considère par ailleurs qu'aucune mesure de réadaptation n'était exigible au vu de la situation médicale non stabilisée de l'assurée et que l'absence d'enquête ménagère ne pouvait lui être reprochée. Compte tenu d'une incapacité de travail totale dans la part lucrative fixée à 80%, l'éventuel empêchement ménager pour les 20% restant revêtait une importance limitée, l'octroi d'une rente entière étant déjà justifié sur la base de l'incapacité de travail totale dans la sphère lucrative.

Dans ses contre-observations du 26 juin 2025, la recourante maintient les conclusions de son recours, précisant qu'elle ne remet pas en cause la valeur probante des rapports médicaux, mais relève l'existence de contradictions et incohérences quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. Elle reproche à l'autorité intimée d'avoir procédé seule à l'appréciation médicale, sans recourir au SMR, et de ne pas s'être déterminée sur les conséquences de la nouvelle intervention chirurgicale. La recourante soutient en outre que la situation médicale de l'assurée a connu des phases de stabilisation durant lesquelles des mesures de réadaptation auraient dû être envisagées. Elle en déduit qu'une incapacité de travail totale ne saurait être admise et qu'une enquête ménagère s'imposerait pour déterminer le degré d'invalidité.

Appelée en cause, l'assurée A. _____ ne s'est pas déterminée dans le délai imparti.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

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

en droit

1.

1.1. Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations (art. 49 al. 4 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]; cf. ég. art. 57a al. 2 LAI). Tel est le cas lorsqu'existe un rapport particulier et étroit avec l'objet du litige, de sorte que les intérêts de fait ou de droit de l'assureur tiers sont directement affectés (ATF 132 V 74 consid. 3.1). En matière d'invalidité, il existe un lien fonctionnel étroit entre l'assurance-invalidité et la prévoyance professionnelle (art. 23 et 26 al. 1 de la loi du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [LPP; RS 831.40]). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue, l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'AI, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, lie en principe les institutions de prévoyance, tant pour le principe que pour l'étendue et la durée de l'obligation de prester, si l'office AI a entendu l'assureur tiers avant de rendre une décision. Dans cette mesure, une décision AI statuant sur le droit à la rente ou fixant le degré d'invalidité touche directement les intérêts de l'institution de prévoyance, laquelle dispose dès lors de la qualité pour recourir (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante de ladite décision ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (arrêt TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2).

En l'espèce, la qualité pour recourir de la Caisse de pension fenaco doit être admise, A. _____ étant assurée auprès de la caisse de prévoyance lors de la survenance de son incapacité de travail prolongée en juin 2022 et la décision de l'OAI étant susceptible de lier cette dernière quant au droit à la rente.

1.2. Interjeté au demeurant en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière, le recours de la Caisse de pension fenaco est dès lors recevable.

2.

2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système linéaire des rentes, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b) énoncent que,

pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b de la présente loi se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022. Il en résulte que, si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1^{er} janvier 2022).

2.2. Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 sont applicables au cas d'espèce, la décision litigieuse du 23 janvier 2025 reconnaissant à l'assurée le droit à une rente dès juin 2023.

3.

3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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).

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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).

3.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), et pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'alinéa 4 détermine la quotité de la rente pour un taux d'invalidité entre 40% et 49%.

L'art. 29 al. 1 LAI précise que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. D'après l'art. 29 al. 2 LAI, le droit à la rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

Selon la jurisprudence fédérale, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente; arrêt TF 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références citées). Ainsi, le droit à la rente ne peut naître qu'après la fin des mesures de réadaptation, et ce même si celles-ci n'ont eu qu'un succès partiel ou ont échoué. Avant cette date, une rente d'invalidité ne doit être octroyée, le cas échéant avec effet rétroactif, que si la personne assurée n'est pas ou pas encore apte à la réadaptation (arrêt TF 9C_450/2019 du 14 novembre 2019 consid. 3.3.1 et les références citées).

La preuve de l'absence de la capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante (arrêt TF 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références citées).

3.3. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1; arrêt TF 9C_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2).

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables. L'al. 2 précise que le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Enfin, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'al. 2 (al. 3).

D'après l'art. 24^{septies} al. 1 RAI, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'al. 2 distingue les trois cas de figure: l'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus; il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative; il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100%.

L'art. 27^{bis} al. 1 à 3 RAI prescrit que le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) et le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b). S'agissant du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative, il est déterminé, selon l'al. 2, en extrapolant le revenu sans invalidité

pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% (let. a), en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante (let. b) et en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. c). Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé, conformément à l'al. 3, en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité (let. a) et en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2 let. c et une activité lucrative exercée à plein temps (let. b).

L'art. 69 al. 2 RAI, prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une instruction sur place. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'un assuré qui s'occupe du ménage (cf. Circulaire de l'OFAS sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], chiffre 3041). L'enquête n'est pas indispensable si la situation personnelle de l'assuré et les effets de l'état de santé sont déjà suffisamment connus et documentés dans le dossier, et qu'une brève explication est mise aux actes (cf. CPAI, chiffre 3042 qui renvoie à la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], chiffre 3600).

4.

4.1. Dans les domaines où la règle du degré de la vraisemblance prépondérante est appliquée, comme dans le droit des assurances sociales, 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 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). 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. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 consid. 3a).

Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

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

4.3. S'agissant de l'instruction menée par l'assureur, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur. Selon l'art. 43 LPGA, il examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1^{bis} LPGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 consid. 4a).

4.4. Conformément à l'art. 54a LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires. Le Conseil fédéral délimite les régions après avoir consulté les cantons (al. 1). Les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 2). Les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Les SMR sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 4). Selon l'art. 49 RAI, les SMR évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les SMR peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les SMR se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de

décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et TFA I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées).

La jurisprudence a souligné que le rapport d'un SMR qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

5.

En l'espèce, la recourante conteste l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée opérée par l'OAI, au motif que l'instruction médicale serait lacunaire, de sorte qu'une incapacité de travail totale ne saurait être admise dès le 13 juin 2022. Elle ne remet en revanche pas en cause l'application de la méthode mixte en tant que telle, mais critique, d'une part, l'absence d'enquête ménagère dans la détermination du degré d'invalidité et, d'autre part, l'absence de mesures de réadaptation.

5.1. Dans la décision litigieuse, l'OAI retient une incapacité totale de travail dans toute activité, tout en qualifiant la situation médicale de non stabilisée, en se fondant essentiellement sur les rapports du Dr F._____, chirurgien traitant. Il n'a pas sollicité l'avis du SMR ni procédé à d'autres mesures d'instruction, estimant que les différents rapports médicaux du chirurgien traitant constituaient une base suffisante pour statuer.

5.1.1. Il ressort du dossier que l'assurée a souffert d'une déchirure méniscale du genou gauche en mai 2021, qui a conduit à une première intervention chirurgicale réalisée par le Dr E._____. L'évolution post-opératoire immédiate a été favorable avec une récupération fonctionnelle qui s'est faite progressivement, puis des douleurs au genou gauche se sont réactivées (cf. rapport du 31 mars 2022 du Dr F._____; dossier AI, p. 51). Le chirurgien l'a adressée au Dr F._____, pour un deuxième avis, lequel a procédé le 14 juin 2022 à une nouvelle intervention chirurgicale consistant en une ostéotomie de valgisation du tibia gauche le 14 juin 2022 (dossier AI, p. 26). Malgré cette prise en charge et les différents traitements, l'évolution est demeurée difficile et l'assurée a, en outre, développé des douleurs neuropathiques traitées par physiothérapie et ergothérapie. Un syndrome douloureux régional complexe (ci-après: SDRC) a été évoqué par l'ergothérapeute (critères diagnostique de Budapest annoncés comme positifs; cf. rapport du 7 mars 2023, dossier AI, p. 227).

En avril 2023, l'assurée a souffert d'une nouvelle déchirure du ménisque du genou gauche (dossier AI, pp. 101 et 139). Le 13 juin 2023, une troisième intervention chirurgicale a été pratiquée par le chirurgien traitant, sous la forme d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, qui n'a pas permis d'améliorer la symptomatologie douloureuse (dossier AI, p. 139). Le chirurgien traitant a alors adressé l'assurée au Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, qui a également suspecté un SDRC, mentionnant toutefois que, lors de la consultation du 23 août 2023, l'assurée ne remplissait pas les critères de Budapest permettant de retenir ce diagnostic (dossier AI, p. 201). Ce spécialiste a également confirmé la présence de douleurs neuropathiques et une importante allodynie. L'infiltration effectuée par l'anesthésiologue et le traitement médical préconisé par celui-ci n'ont apporté aucune amélioration (dossier AI, p. 203).

Compte tenu de la persistance des troubles, une quatrième intervention a été réalisée le 26 mars 2024 par le Dr F. _____, consistant en l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche (dossier AI, p. 145). Six mois après cette opération, le chirurgien a indiqué que l'évolution restait difficile et qu'il estimait l'assurée inapte à reprendre le travail à ce stade, en raison des douleurs persistantes et de leur impact psychique. Une activité sédentaire pourrait, à terme, être exigible, selon lui, mais pas à l'heure actuelle. Il a finalement annoncé une reprise chirurgicale au genou gauche prévue le 10 janvier 2025 avec une évolution postopératoire attendue sur trois à six mois et une réévaluation de la capacité de travail envisagée en avril ou mai 2025 (cf. rapport médical du 13 septembre 2024, dossier AI, p. 270 ss.).

5.1.2. La Cour constate que le dossier fait ainsi état d'une évolution marquée par quatre suites opératoires, qui se sont succédé sur quatre ans, et des suites post-opératoires prolongées, auxquelles se sont ajoutées des douleurs persistantes et une composante neuropathique. Un SDRC a certes été évoqué au dossier par l'ergothérapeute et le Dr G. _____, mais ce diagnostic n'a pas été clairement confirmé. En outre, une cinquième intervention chirurgicale a été annoncée à brève échéance par le chirurgien traitant.

A la lecture du dossier, il s'avère que l'examen des rapports médicaux ne permet pas de tirer de conclusions fiables, ni dans le sens d'une incapacité totale durable, ni dans celui d'une capacité résiduelle exigible.

En premier lieu, l'on ne saurait déduire des formulaires et certificats du Dr F. _____ que l'assurée aurait présenté, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité totale de travail durable dans toute activité dès le 13 juin 2022. Les rapports du chirurgien traitant mettent en évidence le caractère évolutif de la situation médicale, celui-ci indiquant à plusieurs reprises que le cas n'est pas stabilisé et que des investigations ou traitements complémentaires sont encore en cours ou envisagés (voir not. rapport du 22 juillet 2023, dossier AI, p. 237; formulaire du 14 juin 2024 à l'attention de l'OAI, dossier AI, p. 127). Dans ces conditions, certaines appréciations, notamment celles relatives à l'impossibilité d'exercer l'activité habituelle "à l'heure actuelle" (cf. rapport médical du 22 juillet 2023 établi par le Dr F. _____, dossier AI, p. 236; voir ég. formulaire du 13 juin 2024 à l'attention de l'OAI, dossier AI, p. 121) ou à l'octroi d'incapacités de travail totales dans des phases post-opératoires, doivent être comprises comme liées à des périodes déterminées, sans permettre d'emblée de se prononcer sur la capacité de travail à plus long terme. Le Dr F. _____ a d'ailleurs souligné, dans un rapport du 11 décembre 2023, l'utilité d'une évaluation pluridisciplinaire afin d'apprécier la capacité ultérieure de gain de l'assurée et la question du droit à une rente AI (dossier AI, p. 193).

En second lieu, les pièces médicales sont également insuffisantes pour attester, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle. Si le chirurgien traitant évoque ponctuellement la possibilité d'une activité adaptée (voir not. rapport médical du 19 décembre 2022, dossier AI, p. 45; formulaires complétés les 22 juillet 2023, 13 et 14 juin 2024 à l'attention de l'OAI, dossier AI, pp. 236, 121 et 127), il souligne également à plusieurs reprises la nécessité de réévaluer la situation en fonction de l'évolution clinique et des suites opératoires (cf. formulaires des 14 juin et 13 septembre 2024 à l'attention de l'OAI, dossier AI, pp. 127, 272 s.). Ces éléments traduisent avant tout une appréciation prudente et évolutive, qui ne permet pas de fixer de manière suffisamment précise la capacité de travail exigible durant la période litigieuse, notamment entre les différentes interventions. Les indications relatives à l'exigibilité d'une activité adaptée apparaissent en effet formulées de manière sommaire, notamment dans des

réponses à des questionnaires standardisés à l'attention de l'OAI, sans développement circonstancié des capacités fonctionnelles concrètes de l'assurée.

Enfin, la nature des lésions en cause – essentiellement orthopédiques et liées à deux déchirures méniscales ainsi que leurs suites chirurgicales – ne permet *a priori* pas, en l'absence d'éléments médicaux circonstanciés, de retenir une incapacité totale de longue durée dans toute activité. Certes, les différentes interventions chirurgicales subies par l'assurée justifiaient manifestement des périodes de convalescence et d'incapacité de travail. La succession des interventions ne saurait en revanche, à elle seule, suffire à établir une incapacité totale durable en l'absence d'éléments médicaux étayés, ce qui fait défaut en l'espèce. En d'autres termes, la succession des interventions n'exclut pas, sur le principe, toute possibilité d'une reprise progressive d'une activité adaptée une fois les phases post-opératoires passées.

5.1.3. Dans ce contexte, pour statuer sur le droit à la rente, il appartenait à l'OAI de compléter l'instruction de la cause. Or, l'Office s'est contenté, pendant une période prolongée, des certificats du chirurgien traitant, alors même que la succession des interventions chirurgicales, la persistance des douleurs, l'hypothèse de troubles plus complexes et la question d'une éventuelle capacité résiduelle de travail commandaient des investigations complémentaires. Le seul fait que l'état de santé n'était vraisemblablement pas stabilisé ne dispensait pas l'administration d'établir, aussi précisément que possible, les conséquences fonctionnelles des atteintes à la santé sur la capacité de travail durant la période déterminante pour le droit à la rente. En l'absence de telles investigations, notamment sous la forme d'une appréciation médicale indépendante ou pluridisciplinaire, l'OAI ne disposait pas d'une base suffisante pour statuer sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans ces conditions, la question de savoir si l'OAI aurait dû consulter le SMR peut demeurer ouverte.

5.2. La recourante reproche par ailleurs à l'OAI d'avoir renoncé à la mise en œuvre de mesures de réadaptation, en violation du principe selon lequel la réadaptation prime la rente. L'autorité intimée fait valoir, pour sa part, que le Dr F. _____ aurait toujours attesté un pronostic défavorable quant aux perspectives de réadaptation en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée et de sa situation médicale non stabilisée. Elle soutient également qu'il n'était pas pertinent d'envisager de telles mesures avant la stabilisation de l'état de santé, en particulier avant l'intervention chirurgicale annoncée pour janvier 2025.

Selon l'art. 28 al. 1 let. a LAI, l'octroi d'une rente suppose que la capacité de gain ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, lesquelles doivent en principe être examinées avant l'octroi d'une rente. Si la mise en œuvre de telles mesures peut être différée en cas de situation médicale non stabilisée, encore faut-il que cette appréciation repose sur une instruction médicale suffisante.

Or, en l'espèce, l'instruction médicale ne permettait de se prononcer de manière fiable ni sur l'existence d'une capacité résiduelle de travail, ni sur son évolution. En particulier, les pièces au dossier ne permettent pas d'exclure, avec le degré de vraisemblance requis, qu'une activité adaptée puisse avoir été exigible durant certaines périodes, ni d'apprécier si des mesures de réadaptation auraient pu être envisagées, fût-ce de manière progressive ou différée. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait simplement renoncer à examiner la question de la réadaptation sans disposer d'éléments médicaux suffisants à cet égard.

5.3. S'agissant de l'absence d'enquête ménagère, il convient de relever qu'au vu de l'instruction encore lacunaire sur le plan médical, il n'est pas possible, à ce stade, de déterminer de manière fiable l'étendue de l'empêchement dans la sphère ménagère ni, partant, de se prononcer sur la nécessité de diligenter une telle mesure. L'évaluation de l'incapacité dans la sphère ménagère présuppose en effet une appréciation médicale suffisamment établie des limitations fonctionnelles, laquelle fait précisément défaut en l'espèce.

L'on précisera encore que la répartition entre sphère lucrative et sphère ménagère n'est pas présentée de manière cohérente dans la décision litigieuse. Ainsi, une part lucrative de 90% et une part ménagère de 10% sont d'abord mentionnées (dossier AI, p. 295), avant que ne soit retenue, dans le résultat final, une répartition de 80% pour l'activité lucrative avec un empêchement de 100% et de 20% pour les travaux ménagers avec un empêchement de 0% (dossier AI, p. 297). C'est cette seconde répartition qui doit être suivie, dès lors qu'elle correspond au taux d'activité précédemment exercé par la recourante.

5.4. Compte tenu de l'ensemble des considérants qui précèdent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il procède à des mesures d'instruction complémentaires et rende une nouvelle décision. Conformément à son devoir d'instruction, l'autorité intimée est en effet tenue d'entreprendre des mesures complémentaires lorsque les pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer, ce qui est le cas en l'espèce. Il se justifie en particulier de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Il appartiendra notamment aux médecins spécialistes mandatés de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée depuis le dépôt de la demande en novembre 2022 ainsi que sur l'évolution de son état de santé, après la décision attaquée du 23 janvier 2025.

A cet égard, la Cour rappelle que le Dr F. _____ avait, dans un rapport du 11 décembre 2023, déjà souligné l'utilité d'une évaluation pluridisciplinaire afin d'apprécier la capacité ultérieure de gain de l'assurée et de la question du droit à une rente AI (cf. consid. 5.1.2 *supra*).

Sur la base des conclusions de cette expertise, il appartiendra ensuite à l'OAI de statuer à nouveau sur un éventuel droit à une rente d'invalidité, ainsi que, le cas échéant, sur le moment à partir duquel l'assurée était susceptible d'être réadaptée professionnellement compte tenu de son état de santé, conformément aux principes mentionnés ci-dessus (cf. consid. 3.2 *supra*).

6.

6.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

6.2. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

L'avance de frais du même montant versée par la recourante lui est restituée.

6.3. Le renvoi pour instruction complémentaire valant gain de cause total s'agissant des dépens, la recourante a droit à une indemnité entière (art. 61 let. g LPGA; ATF 135 V 473). Le 22 janvier 2026, son mandataire a produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 3'261.70, à savoir CHF 3'000.- au titre d'honoraires (12h00 à CHF 250.-), CHF 12.80 au titre de débours et CHF 248.90 au titre de la TVA à 8.1%.

La liste de frais produite apparaît conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), à l'exception du montant retenu au titre de la TVA, celui-ci devant être fixé à CHF 244.05 (8.1% de 3'018.80).

Conformément à l'art. 11 Tarif JA, il convient par conséquent de corriger la liste de frais et de fixer l'indemnité de partie comme suit : CHF 3'000.- au titre d'honoraires (12h00 à CHF 250.-), CHF 12.80 au titre de débours et CHF 244.05 au titre de la TVA à 8.1%, soit un total de CHF 3'256.85, laquelle est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe et sera directement versée au mandataire de la recourante (art. 141 CPJA).

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision du 23 janvier 2025 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

III. L'avance de frais de CHF 800.- est restituée à la recourante.

IV. L'indemnité de dépens allouée à la Caisse de pension fenaco est fixée à CHF 3'000, plus CHF 12.80 de débours et CHF 244.05 au titre de la TVA à 8.1%, soit à un total de CHF 3'256.85. Elle est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et versée directement à Me Matthias Frey.

V. Notification.

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

Fribourg, le 8 avril 2026/tac

La Présidente suppléante

La Greffière