



**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 2025 196

608 2025 197

Arrêt du 16 juillet 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente :	Daniela Kiener
Juges :	Johannes Frölicher, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteure :	Carine Sottas

Parties

A. _____, recourante

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (rente – méthode mixte – enquête économique sur le ménage)

Recours du 30 octobre 2025 contre la décision du 29 septembre 2025 (608 2025 196) et requête d'assistance judiciaire partielle du même jour (608 2025 197)

considérant en fait

A. A. _____, née en 1989, mariée, mère de deux enfants nés en 2014 et 2020, domiciliée à Fribourg, sans formation professionnelle, a travaillé jusqu'en mars 2017 comme vendeuse à 50% et s'est ensuite inscrite auprès de l'office régional de placement (ci-après: ORP) à la recherche d'un emploi. En février 2019, elle a acquis la société B. _____ Sàrl (cf. publication FOSC du 21 février 2019) active dans la peinture et la rénovation, dont elle est devenue associée-gérante. Elle y a exercé une activité à la fois administrative et manuelle, jusqu'à l'arrêt de l'entreprise courant 2021. La société a été mise en liquidation en juin 2023.

Le 8 janvier 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité (AI) auprès de l'Office d'invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de douleurs dorsales, d'atteintes au genou, d'une fatigue chronique et d'une sarcoïdose pulmonaire.

B. Après avoir versé au dossier les rapports médicaux des médecins traitants et le dossier de l'assurance-accidents (ci-après: SUVA), mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée au Centre d'expertise C. _____ SA et ordonné une enquête économique sur le ménage, l'OAI a, par décision du 29 septembre 2025, rejeté la demande de prestations de l'assurée, confirmant son projet du 25 février 2025, auquel celle-ci avait fait opposition le 31 mars 2025.

Il a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée de type administratif, avec diminution de rendement de 30%, sous réserve de deux périodes d'incapacité totale temporaire (soit du 28 septembre au 31 décembre 2021, puis du 26 septembre au 31 décembre 2023). La perte de gain a été fixée à 20% de juillet 2021 à fin décembre 2023, respectivement à 28% à partir du 1^{er} janvier 2024. L'empêchement dans la tenue du ménage retenue était de 2.9%. Sur la base d'une répartition par moitié entre activité lucrative et travaux ménagers, il en résultait un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, soit 11.45% jusqu'au 31 décembre 2023, puis 15.45% dès le 1^{er} janvier 2024.

C. Contre cette décision, l'assurée forme recours auprès du Tribunal cantonal le 30 octobre 2025 (608 2025 196), en concluant principalement à l'annulation de ladite décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, notamment par une nouvelle expertise médicale et une réévaluation de la perte de gain. À l'appui de ses conclusions, la recourante fait valoir que l'autorité intimée a procédé à une appréciation erronée tant de sa situation médicale que de sa situation économique. Elle soutient souffrir de multiples atteintes à la santé (sarcoïdose pulmonaire, troubles lombaires, atteintes au genou droit, perte de force au poignet droit ainsi que séquelles d'un accident ancien), lesquelles limitent durablement sa capacité de travail et l'empêchent d'exercer une activité à plein temps. La recourante reproche en particulier à l'OAI d'avoir calculé sa perte de gain sur la base de données anciennes (2015-2017) au lieu de tenir compte de son dernier salaire effectif en tant que salariée de sa propre entreprise, ainsi que d'avoir considéré à tort qu'elle ne souhaitait travailler qu'à 50% alors qu'elle recherchait un emploi à 100%. Elle conteste fermement l'application de la méthode mixte et critique la valeur probante de l'évaluation ménagère, qu'elle estime irrégulière et dépourvue de garanties d'objectivité. Selon elle, l'ensemble de ces éléments a conduit à une évaluation incorrecte de sa perte de gain et de son incapacité de travail .

Par le même acte, la recourante dépose une requête d'assistance judiciaire gratuite (ci-après: AJT; 608 2025 197).

D. Dans sa réponse du 20 novembre 2025, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il considère que le refus de rente est fondé, dès lors que le degré d'invalidité de la recourante demeure inférieur au seuil légal de 40%. L'autorité intimée retient que l'expertise pluridisciplinaire de C. _____ SA présente une pleine valeur probante et établit une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée depuis 2017. L'OAI estime par ailleurs que la méthode mixte a été appliquée à juste titre, au regard de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, notamment son activité à 50% entre 2015 et 2017, de son inscription au chômage à ce même taux et de sa situation familiale. Il considère que le revenu sans invalidité a été correctement déterminé sur la base du dernier emploi salarié stable, tandis que les revenus issus de la société de la recourante ne pouvaient être retenus en raison de leur caractère non fiable et déficitaire. Le revenu d'invalidité a, quant à lui, été fixé selon les données statistiques usuelles, adaptées à la capacité de travail résiduelle. S'agissant de la part ménagère, l'OAI retient que l'enquête économique est valable et met en évidence un empêchement très limité, compatible avec les exigences de l'obligation de réduire le dommage.

E. Appelée en cause le 3 février 2026 en sa qualité de fonds de prévoyance intéressé auquel la décision attaquée a été notifiée, D. _____ a indiqué le 19 février 2026 n'avoir aucune objection à formuler.

F. Il sera fait état des arguments des parties, invoqués 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.

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

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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).

Aux termes de 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 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, la rente est échelonnée en fonction du taux d'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, de 50% au moins à une demi-rente, de 60% au moins à trois quarts de rente et de 70% au moins à une rente entière. Depuis le 1^{er} janvier 2022, l'art. 28b LAI prévoit que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Pour un taux d'invalidité compris entre 50% et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité; pour un taux d'invalidité de 70% au moins, l'assuré a droit à une rente entière. Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%, la quotité est fixée conformément à l'al. 4 de cette disposition; en particulier, un taux d'invalidité de 40% ouvre le droit à une rente correspondant à 25% d'une rente entière.

2.2. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de plusieurs méthodes, dont l'application dépend du statut de l'assuré.

2.2.1. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant la survenance de l'atteinte à la santé. Elle renvoie à l'art. 16 LPGa. Selon cette disposition, le taux d'invalidité est déterminé en comparant le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en tant que telle qui est assurée, mais ses conséquences économiques, soit une incapacité de gain présumée durable (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c).

Cette comparaison des revenus s'effectue en principe de manière concrète, en chiffrant aussi précisément que possible ces deux revenus. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide est déterminé en se fondant sur le dernier salaire réalisé avant la survenance de l'atteinte à la santé, adapté à l'évolution des salaires jusqu'au moment déterminant. Il convient d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce que l'assuré aurait effectivement pu gagner s'il était resté en bonne santé (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Toutefois, lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs indépendants de son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur; il se justifie alors de recourir à des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4).

2.2.2. L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Il s'agit de la méthode dite spécifique (art. 28a al. 2 LAI).

Le facteur déterminant réside ainsi dans l'empêchement à accomplir les travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne active dans le ménage, il faut entendre notamment les tâches usuelles du ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 28a al. 2 LAI en lien avec les art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201], et 8 al. 3 LPGa; cf. arrêt TF 9C_22/2010 du 2 juin 2010 consid. 4). Pour évaluer

l'invalidité selon cette méthode, l'administration procède en principe à une enquête sur les activités ménagères, au terme de laquelle elle détermine l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIAA, n° 3088 dans son état au 1^{er} janvier 2021), établie par l'Office fédéral des assurances-sociales (ci-après: OFAS). Selon la jurisprudence constante, la personne assurée est en outre tenue de prendre les mesures raisonnablement exigibles pour limiter le dommage, ce qui implique notamment d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (cf. not. ATF 133 V 504 consid. 4.2).

2.2.3. Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel et consacre le reste de son temps à ses travaux habituels, le taux d'invalidité est déterminé selon la méthode dite mixte (art. 28a al. 3 LAI).

Cette méthode consiste à évaluer séparément l'invalidité dans la part lucrative selon la méthode de comparaison des revenus (art. 16 LPGa) et dans la part non lucrative selon la méthode spécifique fondée sur l'empêchement dans les travaux habituels, puis à pondérer ces deux résultats en fonction de la répartition hypothétique des activités de l'assuré en bonne santé.

2.2.4. Pour déterminer la méthode d'évaluation applicable au cas particulier, il convient d'examiner ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit des travaux habituels, il y a lieu d'apprécier, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait, en étant valide, consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte de la situation financière du ménage, de l'éducation et de l'âge des enfants, de l'âge de l'assuré, de ses qualifications professionnelles, de sa formation, ainsi que de ses affinités et aptitudes personnelles. Selon la jurisprudence, la question du statut doit être tranchée en tenant compte de l'évolution de la situation jusqu'au moment du prononcé de la décision litigieuse. L'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative, partielle ou complète, doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2).

2.3. Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle qu'il s'agit d'évaluer (cf. ATF 122 V 418). Pour procéder à cette évaluation, l'administration, respectivement le juge, doit toutefois disposer d'éléments médicaux que seul le médecin est en mesure de fournir. Il appartient ainsi à ce dernier de se prononcer sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable ou incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

2.3.1. En particulier, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier, et qu'elles aboutissent à des conclusions convaincantes, le juge ne saurait s'en écarter tant qu'aucun indice concret ne permet d'en mettre en doute le bien-fondé (cf. ATF 122 V 157 consid. 1c). Il ne suffit pas, pour remettre en cause une telle expertise, que des médecins traitants expriment une opinion contradictoire (cf. arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait, à lui seul, lui ôter sa valeur probante. En effet, le rôle de l'expert consiste précisément à porter un regard neutre et spécialisé sur un cas donné. Son

appréciation ne repose pas uniquement sur les constatations effectuées lors de l'examen, mais également sur l'ensemble du dossier médical, ce qui lui permet d'appréhender de manière globale l'évolution de la situation médicale (cf. arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

2.3.2. Le fait qu'un rapport médical ait été établi à la demande de l'assuré ne suffit pas, à lui seul, à en remettre en cause la valeur probante; une expertise privée peut également constituer un moyen de preuve valable. Un avis médical ne peut être écarté que s'il existe des circonstances concrètes propres à faire douter objectivement de son impartialité ou de sa pertinence (cf. arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

En revanche, il y a lieu d'attacher, en règle générale, un poids accru à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant, dès lors que ce dernier, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, est souvent enclin, en cas de doute, à prendre parti en sa faveur (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

2.3.3. Le rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 54a LAI, en relation avec l'art. 49 al. 1 RAI. Il a pour fonction de synthétiser les renseignements médicaux au dossier et de formuler des recommandations quant à la suite à donner sur le plan médical. En tant qu'il ne repose pas sur un examen clinique propre, il se distingue d'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGa ou d'un examen médical au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, ces différents moyens de preuve n'étant pas soumis aux mêmes exigences. Il n'en demeure pas moins que les rapports du SMR peuvent revêtir une valeur probante, dès lors qu'ils apportent une appréciation circonstanciée de la situation médicale.

2.3.4. La jurisprudence souligne certes l'existence de cette relation de confiance entre le médecin traitant et son patient, ainsi que l'indépendance présumée des médecins experts; elle n'en déduit toutefois aucune règle de préséance stricte, de sorte que chaque avis médical doit être apprécié au regard de son contenu et de sa qualité intrinsèque (cf. arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

Ainsi, en présence d'avis médicaux contradictoires, il incombe au juge d'apprécier l'ensemble des preuves et d'indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical ne réside en principe ni dans son origine, ni dans sa qualification formelle, mais dans son contenu. Pour qu'un rapport médical se voie reconnaître une pleine valeur probante, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de l'assuré, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

2.4. Enfin, lorsqu'il s'agit d'assurés qui s'occupent du ménage, l'art. 69 al. 2 RAI prévoit, à titre de mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de procéder à une visite domiciliaire, notamment dans le cadre d'une enquête économique sur le ménage.

S'agissant de la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il importe qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin,

le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (cf. ATF 128 V 93).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. arrêts TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1).

Cette priorité de principe s'explique 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 (cf. arrêt TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1).

2.5. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur la jurisprudence dite des "premières déclarations" ou des "déclarations de la première heure" qui s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TF 9C_250/2021 du 24 mars 2021 consid. 2.1). Ce principe veut que, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2; arrêt TF 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 4.3).

3.

La Cour se penche d'abord sur le point de savoir si l'OAI pouvait, sans violer le droit, accorder pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire de C._____ SA afin d'évaluer l'état médical de l'assurée et sa capacité résiduelle de travail.

Après avoir collecté les informations auprès des médecins traitants et s'être fait produire le dossier de la SUVA, le cas a été soumis au Service médical régional (ci-après: SMR). Celui-ci (rapport du 18 avril 2023 du Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, doss. OAI p. 538s.) retient la présence de troubles médicaux multiples et chroniques (sarcoïdose sans atteinte fonctionnelle respiratoire significative, rachialgies lombaires chroniques, atteintes post-traumatiques du genou gauche, fatigue chronique avec hypersomnie d'origine non organique et possible composante psychique, ainsi que dyspnée et thoracalgies d'origine indéterminée). À son avis, malgré de nombreuses évaluations spécialisées, le dossier ne contient aucune appréciation globale, cohérente et interdisciplinaire des limitations fonctionnelles ni de la capacité de travail. Dans ces conditions, le SMR estime que la situation justifie la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, pneumologie et psychiatrie).

3.1. L'expertise pluridisciplinaire (doss. OAI p. 579ss) a été confiée à C._____ SA, qui a mandaté le Dr F._____ (spécialiste en médecine interne générale), le Dr H._____ (spécialiste en médecine interne et pneumologie), la Dre G._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et le Dr I._____ (spécialiste en rhumatologie), lesquels ont rendu leur rapport le

30 novembre 2023. Celui-ci a été précisé le 4 juillet 2024 (doss. OAI p. 669) sur demande du SMR (Dre J. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, rapport du 21 juin 2024, doss. OAI p. 664).

3.1.1. Il ressort du consensus de l'expertise du 30 novembre 2023 et des précisions demandées que la recourante présente principalement une sarcoïdose pulmonaire de stade III avec fatigue chronique et dyspnée sans atteinte fonctionnelle objectivable, une anxiété généralisée avec fatigabilité et agoraphobie modérée, ainsi que des atteintes rhumatologiques sous forme de lombalgies sur discopathie et de douleurs du genou droit post-traumatiques, auxquelles s'ajoute un status récent au poignet droit; ces affections entraînent des limitations concrètes, notamment l'interdiction de travaux physiquement exigeants, d'efforts répétés ou prolongés, de port de charges lourdes, de positions contraignantes (accroupie, à genoux ou en porte-à-faux) ainsi que d'activités sur chantier ou en hauteur, de sorte que toute activité de type peinture en bâtiment, surveillance de chantiers ou plus généralement manuelle est exclue; en revanche, les experts retiennent de manière circonstanciée que l'intéressée conserve une pleine capacité dans des tâches légères et adaptées, en particulier administratives ou de gestion, compatibles avec un environnement structuré et peu stressant, moyennant une baisse de rendement liée à la fatigue et aux troubles anxieux, de l'ordre de 30% sur le plan pneumologique et jusqu'à 10% sur le plan psychiatrique, ce qui conduit à une capacité de travail globale de 70% dans une activité adaptée avec une interruption entre le 28 septembre 2021 et fin décembre 2021 (lésion au genou) puis entre le 26 septembre 2023 et fin décembre 2023 (blessure au poignet). Les prétendues contradictions relevées par le SMR — soit le constat d'une incapacité totale de travail dans l'activité au sein de sa société depuis 2017 (doss. OAI p. 664) — s'expliquent par le fait que les experts sont partis de l'hypothèse que la répartition des tâches au sein de l'entreprise de la recourante était caractérisée par une prédominance du travail de chantier (80%), alors que l'assurée accomplissait en réalité principalement des tâches administratives. La Cour constate ainsi l'absence de contradiction d'ordre médical.

3.1.2. S'agissant de l'expertise en médecine interne (doss. OAI p. 586ss), il convient de relever que le médecin procède à une anamnèse détaillée et systématique couvrant l'ensemble des plaintes de l'assurée (douleurs lombaires anciennes, symptomatologie au genou, fatigue chronique en lien avec la sarcoïdose, troubles du sommeil et céphalées), ainsi que ses antécédents personnels, professionnels et sociaux, ce qui permet de situer précisément le contexte d'apparition et d'évolution des troubles; ces déclarations sont en outre confrontées à un examen clinique complet, comprenant une évaluation somatique générale (paramètres vitaux, examen cardio-vasculaire, abdominal, neurologique et fonctionnel), lequel ne met en évidence aucune anomalie significative relevant de la médecine interne, hormis une surcharge pondérale et des troubles digestifs connus, correctement documentés dans le dossier; le praticien décrit par ailleurs de manière circonstanciée le comportement de l'assurée durant l'examen (mobilité spontanée, absence de positions antalgiques, absence de majoration des symptômes), ce qui atteste d'une observation directe et critique des plaintes; il ressort également que les constatations s'inscrivent dans la continuité des pièces médicales antérieures (notamment quant à l'absence d'atteinte fonctionnelle respiratoire objectivable, déjà évoquée dans le dossier), sans contradiction avec celles-ci, le médecin relevant expressément que les problèmes somatiques sont bien documentés et cohérents; en définitive, l'examen apparaît ainsi complet, tant par l'ampleur de l'anamnèse que par la systématique du status clinique et la prise en compte des éléments du dossier, et il aboutit à une conclusion motivée selon laquelle les affections relevant strictement de la médecine interne (surcharge pondérale, reflux gastro-œsophagien, céphalées, status postopératoires) n'entraînent aucune limitation fonctionnelle

ni réduction de la capacité de travail, appréciation qui s'intègre de manière cohérente dans l'évaluation interdisciplinaire globale.

3.1.3. Quant à l'expertise pneumologique (doss. OAI p. 595ss), il apparaît que l'expert fonde son appréciation sur une analyse complète et méthodique, intégrant à la fois les pièces du dossier AI, les rapports spécialisés antérieurs (notamment du service de pneumologie de K._____ et de L._____) et ses propres constatations cliniques; il recueille une anamnèse détaillée de la symptomatologie respiratoire, retraçant l'apparition progressive de la fatigue et de la dyspnée depuis 2016, les investigations menées (bronchoscopie confirmant la sarcoïdose en 2018) ainsi que les différents traitements tentés, en particulier la corticothérapie et le modafinil, demeurés sans effet, ce qui correspond aux éléments ressortant déjà du dossier médical; ces déclarations sont confrontées à un examen clinique complet et objectif, comprenant notamment une évaluation fonctionnelle respiratoire (spirométrie du 4 octobre 2023), dont les résultats sont explicitement rapportés et interprétés comme normaux, sans atteinte ventilatoire significative, corroborant ainsi les constatations figurant dans les rapports antérieurs; l'expert procède en outre à une discussion circonstanciée de la cohérence des plaintes, en reconnaissant l'existence d'un certain décalage entre la fatigue alléguée et les observations cliniques, mais en l'expliquant de manière médicale et étayée par la littérature scientifique citée, en rappelant le caractère fréquent et indépendant de la fatigue dans la sarcoïdose, ce qui témoigne d'une appréciation critique et motivée plutôt que d'une simple reprise des doléances; il confronte ainsi implicitement mais clairement ses conclusions aux avis des médecins traitants et aux données du dossier, sans relever de contradiction significative, mais en précisant les limites de l'objectivation fonctionnelle; l'évaluation des capacités fonctionnelles est ensuite exposée de manière nuancée, distinguant de façon convaincante l'absence d'atteinte ventilatoire objectivable de l'impact réel de la fatigue, laquelle justifie l'exclusion d'activités physiques soutenues, tout en admettant la possibilité d'une activité sédentaire adaptée avec pauses et une diminution de rendement de 30%; au vu de ce qui précède, l'expertise pneumologique se révèle complète, tant par la richesse de l'anamnèse que par l'objectivation des constatations et leur mise en perspective avec les données du dossier AI et les rapports spécialisés, et elle présente une motivation claire et scientifiquement fondée, propre à emporter la conviction.

3.1.4. Concernant l'expertise rhumatologique (doss. OAI p. 608ss), celle-ci repose sur une analyse particulièrement détaillée, intégrant de manière systématique l'ensemble des éléments du dossier AI, des rapports radiologiques et orthopédiques antérieurs ainsi que l'anamnèse circonstanciée recueillie lors de l'entretien; l'expert retrace en effet de façon chronologique et documentée l'évolution des atteintes, en se référant explicitement aux examens d'imagerie (radiographies, IRM lombaire et du genou) et aux prises en charge spécialisées successives, ce qui permet de confirmer la réalité des affections retenues, à savoir des lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1 sans conflit radiculaire, des douleurs du genou droit post-traumatique après fracture-impaction du plateau tibial externe, ainsi qu'un status récent après lésion tendineuse du poignet droit, auxquels s'ajoutent des antécédents orthopédiques anciens sans impact fonctionnel actuel; ces éléments sont ensuite confrontés à un examen clinique complet et rigoureux de l'appareil locomoteur (rachis, membres supérieurs et inférieurs, examen neurologique), dont les résultats sont exposés de manière précise et objectivée, sans mise en évidence de déficit neurologique ni de syndrome inflammatoire, ce qui corrobore les constatations radiologiques et exclut notamment toute pathologie inflammatoire systémique ou fibromyalgique; l'expert procède également à une appréciation critique de la cohérence, concluant à l'absence d'incohérences entre les plaintes, les constatations cliniques et les données du dossier, et confirmant ainsi implicitement la concordance avec les évaluations des

autres spécialistes, notamment quant au caractère non radiculaire des lombalgies (en lien avec l'imagerie) et à l'absence d'atteinte fonctionnelle ventilatoire significative relevée par le pneumologue; il ressort de cette analyse que les limitations fonctionnelles sont réelles mais circonscrites, consistant en l'exclusion d'activités physiquement lourdes ou contraignantes (port de charges, travail en position pénible, mouvements répétitifs ou en hauteur), tandis que les capacités résiduelles demeurent intactes pour des activités légères et adaptées, notamment administratives, exercées en position alternée et sans contraintes physiques; l'expert motive ainsi de manière convaincante une incapacité totale dans les activités de chantier ou de peinture depuis septembre 2021, mais une pleine capacité de travail dans des tâches adaptées, assortie de limitations fonctionnelles clairement définies.

3.1.5. Il ressort ensuite de l'expertise psychiatrique (doss. OAI p. 599ss) que l'experte procède à une analyse approfondie et structurée, fondée sur le dossier AI, les éléments anamnestiques détaillés recueillis lors d'un entretien circonstancié et un examen clinique complet du status psychique. Elle retrace de manière précise l'évolution des troubles, en particulier l'installation d'une symptomatologie anxieuse dans un contexte de limitations somatiques et d'événements de vie marquants, en intégrant les données issues des autres prises en charge médicales, ce qui atteste d'une approche globale et interdisciplinaire; les plaintes sont ensuite confrontées à un examen clinique minutieux (ch. 4), couvrant l'ensemble des fonctions psychiques, au terme duquel aucun trouble dépressif caractérisé, ni déficit cognitif, ni symptomatologie psychotique n'est objectivé, l'experte relevant en particulier une humeur globalement euthymique, l'absence de ralentissement, de perte d'estime de soi, d'idées suicidaires ou de troubles attentionnels, ainsi qu'un bon niveau de fonctionnement durant l'entretien; le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) est dès lors motivé de manière convaincante par une référence explicite aux critères CIM-10, l'experte identifiant des éléments concrets tels qu'une anticipation craintive centrée sur la sécurité des enfants, des manifestations de tension (céphalées, logorrhée, difficulté à se détendre) et des signes neurovégétatifs (tachycardie), en lien avec le vécu rapporté; parallèlement, elle expose de manière circonstanciée les motifs pour lesquels un épisode dépressif est écarté, en soulignant notamment l'absence d'anhédonie véritable, la persistance de capacités de plaisir relationnel, l'absence de tristesse marquée, de culpabilité ou de perte de confiance en soi, ainsi que le caractère multifactoriel de la fatigue, déjà documenté sur le plan somatique; cette analyse diagnostique s'inscrit en cohérence avec les autres expertises, en particulier pneumologique, quant à l'origine de la fatigue; l'experte vérifie en outre la plausibilité des plaintes, qu'elle juge concordantes avec le dossier, tout en relevant certains éléments objectifs (absence de fatigabilité observée lors de l'entretien) et en discutant de manière critique l'observance thérapeutique; enfin, l'évaluation des capacités fonctionnelles repose sur une analyse différenciée des ressources importantes (adaptabilité, compétences linguistiques, fonctionnement social préservé) et des limitations (fatigabilité, anxiété, faible tolérance au stress, agoraphobie débutante), permettant une appréciation nuancée de la capacité de travail selon le type d'activité; dans ces conditions, cette expertise se révèle complète, cohérente et solidement motivée, en ce qu'elle confronte de manière rigoureuse les constatations cliniques, les déclarations de l'assurée et les données du dossier OAI ainsi que les autres rapports médicaux, et aboutit à des conclusions claires et convaincantes quant à l'atteinte psychiatrique et à ses répercussions fonctionnelles.

3.2. L'expertise pluridisciplinaire apparaît convaincante tant sur le plan formel que matériel en ce qu'elle repose sur une analyse complète, circonstanciée et concordante des différentes disciplines concernées (médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et pneumologie), fondée sur un dossier

médical étayé, des examens cliniques approfondis et une discussion cohérente des plaintes de l'assurée; les experts relèvent de manière convergente l'absence d'incohérences, confirmant la plausibilité des symptômes et leur retentissement homogène dans les sphères professionnelle et privée, tout en distinguant de façon nuancée les limitations fonctionnelles selon les atteintes diagnostiquées; ils exposent de manière claire les ressources personnelles et contextuelles, ainsi que les facteurs limitatifs, et motivent de façon intelligible l'évaluation de la capacité de travail, en opérant une différenciation pertinente entre activité habituelle et activité adaptée; enfin, les conclusions résultent d'un véritable consensus interdisciplinaire, explicitement mentionné, ce qui renforce leur fiabilité et permet au Tribunal de s'y rallier.

Du point de vue formel, l'expertise est en outre correctement structurée selon une table des matières complète (situation initiale, informations sur les experts et examens, motif de la mise en place, évaluation interdisciplinaire consensuelle, modalités de consensus et signatures, rapports individuels et résumé des pièces du dossier médical). Elle repose sur des examens réalisés par des spécialistes qualifiés, pour des durées de consultation respectives de 1h15 en médecine interne générale, 1h25 en pneumologie, 1h25 en psychiatrie et 55 minutes en rhumatologie, et est complétée par des examens paracliniques (spirométrie et analyses M. _____), de sorte qu'elle satisfait aux exigences formelles.

3.3. Les experts fondent leur appréciation sur les nombreux rapports contenus notamment dans le dossier de la SUVA (doss. OAI p. 512ss).

Concernant les affections rhumatologiques et traumatiques (rachis lombaire, genou, pied, poignet), les troubles lombaires sont documentés de manière continue depuis l'adolescence, avec une discopathie L5-S1 objectivée par imagerie (rapport radiologique du 13 octobre 2009 de N. _____, doss. OAI p. 123; IRM du 22 décembre 2011, doss. OAI p. 124), confirmée par le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 31 janvier 2012, doss. OAI p. 188) et le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 24 septembre 2015, doss. OAI p. 224); les examens ultérieurs confirment une atteinte dégénérative sans conflit radiculaire (IRM du 26 août 2020, doss. OAI p. 35), les spécialistes préconisant essentiellement des traitements conservateurs (rapport du 1^{er} juillet 2021 du Team rachis de la Clinique de chirurgie orthopédique du K. _____, doss. OAI p. 281). S'agissant des genoux, l'accident du 11 juin 2019 (cf. notamment rapport du 12 juin 2019 du Service des Urgences du K. _____, doss. OAI p. 98) n'a révélé aucune lésion structurelle, mais un diagnostic de tendinite rotulienne (rapport du 20 septembre 2019 du Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, doss. OAI p. 72), la SUVA considérant déjà à cette époque que l'incapacité n'était pas imputable à l'accident (évaluations du 5 novembre 2019 et du 2 décembre 2019 de la Prof. R. _____, spécialiste en neurochirurgie, doss. OAI p. 171 et p. 168). En revanche, l'accident au genou du 28 septembre 2021 est objectivé par une IRM du 3 octobre 2021 montrant une fracture-impaction du plateau tibial externe, avec évolution douloureuse persistante (rapport du 14 septembre 2022 de la Dre S. _____, toutes deux médecins auprès de L. _____, doss. OAI p. 453) et suspicion d'instabilité confirmée cliniquement. Les atteintes du pied (fracture du 17 novembre 2010, puis arthrodèse opérée le 2 juillet 2015 par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) sont anciennes et stabilisées, avec reprise d'une activité ultérieure. Enfin, la lésion du poignet droit, consécutive à une coupure, constitue un événement aigu nécessitant une immobilisation temporaire.

Dans l'ensemble, l'évolution montre des atteintes structurelles mais sans déficit neurologique ni maladie inflammatoire, et compatibles avec une capacité résiduelle dans des activités adaptées tel que retenue par les experts.

Concernant l'affection pulmonaire (sarcoïdose et fatigue), la symptomatologie respiratoire apparaît dès 2017 (rapport du 2 novembre 2017 de la Dre U. _____ du K. _____, spécialiste en médecine interne générale, doss. OAI p. 66), avec dyspnée et fatigue. Les explorations (CT thoracique du 14 novembre 2017; bronchoscopie du 27 février 2018, doss. OAI p. 191; rapport du 2 mars 2018 du Dr V. _____, spécialiste en pneumologie, doss. OAI p. 200) confirment une sarcoïdose, prise en charge à L. _____ (rapports du 19 avril 2018 et 31 mai 2018 de la Dre W. _____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, doss. OAI p. 242 et p. 60). Malgré une fatigue importante et une limitation subjective à l'effort, les examens fonctionnels restent globalement dans les normes (spirométrie du 25 septembre 2017, doss. OAI p. 223), sans atteinte cardiaque (échocardiographies du 30 novembre 2017, du 4 novembre 2019 et du 6 février 2020, doss. OAI p. 215, 207 et 115). Le centre du sommeil (rapport du 20 juin 2018, doss. OAI p. 233) met en évidence une hypersomnolence en partie non organique et des troubles du sommeil. Au final, les rapports spécialisés concordent pour retenir une sarcoïdose avec fatigue réelle mais sans limitation ventilatoire objectivable. Ces constatations s'inscrivent ainsi pleinement dans celles retenues par les experts.

D'autres affections somatiques comme des troubles digestifs sont attestés de longue date (gastrosopies du 3 octobre 2008, 24 septembre 2012 et 13 mars 2018, doss. OAI p. 76, 179 et 181; biopsies positives à *Helicobacter pylori* selon rapports du 6 octobre 2008 et 24 septembre 2012, doss. OAI p. 76 et 179), sans retentissement fonctionnel durable. S'y ajoutent des céphalées et divers épisodes médicaux ponctuels – anémie, infections, interventions mineures – sans impact significatif sur la capacité de travail à long terme.

Certes, le médecin traitant, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale, atteste à plusieurs reprises une incapacité totale de travail (certificats du 28 août 2020 et 11 mars 2021, doss. OAI p. 42 et 259; rapports du 2 septembre 2020 et 22 décembre 2020, doss. OAI p. 37 et 27), évoquant notamment des lombalgies et la sarcoïdose, allant jusqu'à considérer qu'une reprise pourrait ne plus être possible. Or il était précisément la tâche des médecins experts de se prononcer d'une manière objective sur la capacité de travail résiduelle dans un contexte de multiples affections. Après l'accident du genou droit, une incapacité totale est également attestée temporairement (certificats SUVA, notamment du 11 décembre 2021). Ces appréciations doivent toutefois être mises en perspective avec d'autres évaluations: La SUVA a retenu à plusieurs reprises l'existence d'une capacité résiduelle dans une activité légère ou administrative (rapport du 17 mars 2022, doss. OAI p. 312), avant de conclure à une reprise concrète progressive (évaluation du 5 mars 2023, doss. OAI p. 622). Sur le plan pneumologique, les spécialistes de K. _____ et de L. _____ (rapports du 1^{er} octobre 2018, 7 mars 2019 et 6 décembre 2022, doss. OAI p. 57, 619 et 621) décrivent une fatigue persistante mais sans limitation organique incompatible avec une activité, relevant même que la patiente a pu travailler à 100% dans un stage pratique en 2018 (rapport du 1^{er} octobre 2018 précité).

Ainsi, les pièces du dossier mettent en évidence, au-delà de phases d'incapacité liées à des épisodes aigus, l'existence répétée d'une capacité de travail résiduelle, en particulier dans des activités adaptées ou administratives, ce qui s'inscrit de manière cohérente avec les conclusions retenues dans l'expertise pluridisciplinaire.

Les rapports versés au dossier postérieurement à l'établissement de l'expertise ne sont pas non plus de nature à en remettre en cause les conclusions relatives à la capacité résiduelle de travail. Ils ne font état d'aucun nouveau diagnostic inconnu des experts, ni d'une appréciation divergente et dûment motivée de cette capacité, susceptible de contredire les conclusions expertales.

3.4. Ainsi, les rapports médicaux produits dans le cadre du recours ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expertise. Ils ne mettent en évidence ni éléments nouveaux déterminants, ni appréciation divergente des diagnostics pertinents ou de la capacité résiduelle de travail.

S'agissant du rapport du K._____, Team Main-poignet, du 6 novembre 2023, établi en lien avec une lésion par coupure de verre, celui-ci confirme au contraire l'appréciation des experts. Il atteste en effet d'une reprise du travail à 100% dès le 18 décembre 2023 et précise que l'évolution à 6 semaines post-opératoires est dans la norme. Ce document corrobore ainsi une récupération fonctionnelle et ne contient aucune indication d'une limitation durable supplémentaire de la capacité de travail.

Le rapport de radiologie du 25 février 2022 de l'Hôpital Y._____ est, pour sa part, antérieur à l'expertise et ne saurait dès lors remettre en cause son appréciation globale. Au demeurant, l'avis du 10 juin 2022 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, précise que l'IRM a permis d'exclure une problématique mécanique au niveau du genou droit et évoque une symptomatologie extra-articulaire, possiblement sous forme de tendinite ou de ténosynovite, sans indication à une prise en charge chirurgicale. Ces constatations rejoignent celles retenues par les experts et ne permettent pas de conclure à une atteinte plus sévère ni à une réduction accrue de la capacité de travail.

Le rapport du 14 septembre 2022 de L._____ confirme également la problématique déjà connue au niveau du genou et propose un traitement conservateur consistant en le port de semelles et une physiothérapie intensive ciblée. Il ne contient toutefois aucune évaluation de la capacité de travail et n'apporte aucun élément nouveau par rapport à l'expertise, de sorte qu'il ne permet pas de s'en écarter.

Il en va de même des rapports du 15 décembre 2022, du 17 janvier 2023 et du 22 mars 2023 de la clinique Z._____, lesquels portent sur des atteintes déjà connues des experts et ne contiennent ni diagnostic nouveau déterminant ni appréciation divergente quant à la capacité de travail. Le rapport du 29 mars 2025 ne modifie pas davantage cette appréciation. Celui du 7 mai 2025 atteste quant à lui qu'aucune pathologie significative susceptible d'un traitement chirurgical n'est mise en évidence à l'IRM. Il précise que la problématique est principalement d'ordre musculaire, éventuellement en lien avec une atteinte de la colonne vertébrale, et recommande une réévaluation thérapeutique. Un tel constat ne remet pas en cause l'exigibilité fixée dans l'activité résiduelle fixée dans l'expertise et ne permet pas de conclure à une limitation fonctionnelle supplémentaire.

Les rapports du K._____ relatifs au rachis de l'année 2021, en particulier ceux du Dr P._____, sont antérieurs à l'expertise et ont déjà été pris en considération.

Sur le plan neurologique, il ressort du rapport du 26 août 2025 du Dr AA._____, spécialiste en neurologie, que l'examen ne met pas en évidence de déficit neurologique pertinent ni d'atteinte radiculaire. La symptomatologie est expliquée essentiellement par une inhibition douloureuse en lien avec la problématique du genou ainsi que, pour les troubles sensitifs, par une neuropathie de compression du nerf cutané fémoral latéral. Il est en outre expressément indiqué qu'aucune cause

neurologique déterminante n'est objectivée et qu'aucune investigation complémentaire n'est nécessaire. Ces éléments confirment l'absence d'atteinte invalidante supplémentaire.

Dans le même sens, le rapport du 23 juin 2025 de la clinique Z. _____ exclut une origine spinale aux troubles, aucune compression radiculaire n'étant mise en évidence. Ce document ne contient ainsi aucun élément propre à expliquer une incapacité de travail plus importante que celle retenue par les experts.

Enfin, s'agissant du rapport du 29 août 2025 du Dr AB. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relatif à la problématique des orteils, celui-ci met en évidence une pseudarthrose de l'hallux droit ainsi que des déformations associées et propose une prise en charge chirurgicale. Il ressort toutefois du status que la marche est conservée sans boiterie et qu'il s'agit d'une atteinte localisée. Ce rapport ne contient aucune appréciation de la capacité de travail et ne permet dès lors pas de conclure à une incapacité plus importante que celle retenue dans l'expertise.

3.5. Les autres arguments avancés par la recourante ne sont pas non plus de nature à remettre en question la valeur probante de l'expertise.

Il convient de relever que la recourante semble partir de l'idée que l'OAI se serait focalisé sur l'origine accidentelle de ses atteintes, en négligeant leur évolution globale et leur caractère chronique; une telle compréhension ne correspond toutefois pas à l'approche adoptée. En effet, les experts se fondent sur une appréciation d'ensemble de toutes les atteintes à la santé, indépendamment de leur origine, et examinent exclusivement leurs conséquences concrètes sur la capacité fonctionnelle actuelle. Ainsi, l'ensemble des troubles invoqués – qu'ils soient d'origine traumatique ou non – a été pris en compte de manière coordonnée par les experts en pneumologie, rhumatologie, psychiatrie et médecine interne, lesquels ont confronté les plaintes aux constatations cliniques et aux examens objectifs. Il en ressort de manière convergente que, si les atteintes sont réelles et partiellement chroniques, elles n'entraînent pas toutes des limitations fonctionnelles déterminantes, respectivement permettent encore l'exercice d'activités adaptées. Dès lors, en soutenant que ses affections n'auraient pas été correctement intégrées en raison de leur origine ou de leur évolution, la recourante méconnaît la portée de l'analyse interdisciplinaire, laquelle procède précisément à une évaluation globale, actuelle et fonctionnelle de l'ensemble de sa situation médicale.

Dans la mesure où la recourante se limite à rappeler les différentes atteintes dont elle souffre, ses arguments ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation médicale opérée dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire. En effet, s'agissant de la sarcoïdose pulmonaire, celle-ci a été expressément analysée par l'expert pneumologue, sur la base des examens spécialisés (notamment spirométrie) et des rapports des services de pneumologie figurant au dossier AI, lequel a retenu de manière convaincante l'absence d'atteinte fonctionnelle ventilatoire objectivable, tout en admettant une fatigue compatible avec une capacité de travail dans une activité adaptée moyennant une diminution de rendement; pour les troubles lombaires, l'expert rhumatologue s'est appuyé sur plusieurs examens d'imagerie (IRM notamment) et a confirmé une discopathie sans conflit radiculaire ni déficit neurologique, de sorte que les limitations retenues concernent uniquement les activités physiquement contraignantes, à l'exclusion d'un empêchement dans une activité adaptée; en ce qui concerne les douleurs et limitations du genou droit, celles-ci ont également été objectivées (fracture-impaction du plateau tibial externe), puis discutées à la lumière de l'évolution clinique et des investigations radiologiques, ce qui a conduit à une incapacité totale pour les travaux de chantier, mais que partielle pour des tâches légères ou administratives; quant à la lésion du poignet

droit, elle a été clairement identifiée comme un événement récent, avec une immobilisation temporaire, sans impact durable sur la capacité de travail, ce qui ressort expressément des constatations médicales; enfin, les anciennes atteintes traumatiques (notamment au pied) ont été examinées dans l'anamnèse et les pièces du dossier, sans qu'il ne subsiste de limitation fonctionnelle actuelle significative. Il apparaît ainsi que chacune des affections invoquées par la recourante a été spécifiquement prise en compte, analysée à la lumière des examens cliniques et des rapports spécialisés, puis intégrée dans une appréciation globale et cohérente de la capacité de travail; partant, la simple énumération de ces atteintes, sans discussion des conclusions médicales précises ni production d'éléments contraires, n'est pas de nature à infirmer les conclusions des experts ni à en diminuer la valeur probante.

3.6. La Cour fonde ainsi son jugement sur le résultat de l'expertise, à savoir une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

4.

Sur ce constat, il convient d'examiner si, en l'absence d'atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité lucrative à un taux de 100%.

En premier lieu, l'assurée soutient qu'elle aurait poursuivi une activité à plein temps au sein de son entreprise B. _____ Sàrl, qui était active dans le domaine de la peinture, en indiquant y avoir travaillé à raison de 80% comme peintre et 20% dans des tâches administratives (cf. expertise, doss. OAI p. 610; questionnaire sur le statut de la personne assurée du 11 décembre 2023, doss. OAI p. 630; enquête économique sur le ménage du 27 août 2024, doss. OAI p. 699). Elle fait également valoir que son incapacité de travail aurait contribué à la faillite de ladite entreprise. En outre, la présence d'un important réseau familial, qui participait déjà à la garde des enfants avant l'atteinte à la santé, pourrait en principe être compatible avec l'exercice d'une activité lucrative à plein temps.

Cela étant, il convient de tenir compte de la situation personnelle de l'assurée, laquelle est devenue mère d'un second enfant en 2020. Cet élément est de nature à relativiser l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps, même si, selon les constatations du dossier, la prise en charge des enfants repose de manière significative sur l'entourage familial.

Les données objectives du dossier doivent ensuite être examinées. Il ressort de l'extrait du compte individuel AVS que la dernière activité salariée documentée de l'assurée auprès de AC. _____ SA s'exerçait à 50%, sans que les montants effectivement cotisés ne corroborent ses déclarations selon lesquelles elle aurait travaillé à un taux supérieur (70% avec les heures supplémentaires). Par ailleurs, son parcours professionnel est marqué par des activités à temps partiel dans le domaine de la vente, sans qu'un engagement durable à plein temps ne soit établi (cf. les inscriptions au compte individuel, qui font apparaître des revenus correspondant plutôt à une activité exercée à temps partiel, doss. OAI p. 46s.).

S'agissant de l'activité de peintre alléguée à 80%, il apparaît que l'assurée ne dispose d'aucune formation ni expérience professionnelle formelle dans ce domaine et que cette activité n'a débuté qu'en 2019, à un moment où une telle activité lourde était déjà contre-indiquée par les experts. Les pièces au dossier ne permettent pas d'en établir de manière fiable ni l'ampleur ni les modalités concrètes, en particulier en l'absence de production d'un contrat de travail. A cela s'ajoutent des incohérences dans les déclarations de l'assurée quant à la répartition de ses tâches, ainsi que

certaines contradictions relevées dans le dossier médical, ce qui affaiblit la crédibilité de ses affirmations.

Par ailleurs, l'assurée a produit, dans le cadre de son recours, un document relatif à son inscription au chômage à 100%. Cet élément est toutefois infirmé par les renseignements obtenus auprès de la caisse de chômage, dont il ressort qu'elle s'était inscrite à un taux de 50% seulement. En effet, selon les renseignements recueillis par l'OAI auprès de la Caisse publique de chômage lors d'un entretien du 18 février 2025 (rapport d'entretien téléphonique, doss. OAI, p. 755), l'assurée était inscrite à 50% auprès de cette caisse ainsi qu'à l'ORP depuis le 1^{er} mai 2017. Cette divergence constitue un indice supplémentaire remettant en cause la fiabilité des déclarations de l'assurée quant à sa volonté effective d'exercer une activité à plein temps. Or, il peut être renoncé à clarifier ce point puisque, même si elle aurait souhaité travailler à 100%, elle ne toucherait pas de rente (cf. consid. 6.1 ci-dessous).

Il convient encore de relever que, malgré une capacité de travail résiduelle médicalement attestée à 100% dans une activité adaptée de type administratif (avec une diminution de rendement), l'assurée n'a entrepris aucune démarche de reprise d'activité ni de recherche d'emploi. Elle n'a pas non plus repris de tâches administratives dans la nouvelle entreprise de son conjoint, alors même qu'elle disposerait selon elle de l'expérience requise en la matière. Un tel comportement ne correspond pas à celui d'une personne qui, sans atteinte à la santé, se serait engagée durablement dans une activité lucrative à plein temps.

Dans ces circonstances, les éléments objectifs du dossier, notamment le parcours professionnel antérieur, les données AVS, les informations issues de l'assurance-chômage et le comportement économique de l'assurée, doivent être considérés comme déterminants et priment sur ses seules déclarations sur les formulaires et envers les médecins.

Dans une telle configuration, il ne se justifie pas de se fonder sur les premières déclarations de la recourante. Celle-ci a certes affirmé, notamment dans son recours, qu'elle aurait continué à travailler à 100% respectivement qu'elle aurait souhaité rester indépendante. De telles affirmations apparaissent toutefois peu plausibles. Elles entrent en contradiction avec ses propres indications selon lesquelles elle intervenait comme aide sur des chantiers, activité qui, par sa nature et en l'absence de formation ou de structure établie, ne permet pas de retenir de manière crédible la perspective d'une activité indépendante exercée à plein temps. Ces contradictions affaiblissent encore la valeur probante de ses déclarations.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée aurait exercé une activité lucrative à 100% en l'absence d'atteinte à la santé. Les éléments au dossier plaident bien plutôt en faveur de l'exercice d'une activité à temps partiel, vraisemblablement de l'ordre de 50%, dans un domaine conforme à son expérience professionnelle antérieure.

On peut finalement ajouter qu'au vu de ce qui suivra (cf. consid. 6 ci-dessous), la recourante, même en exerçant une activité à plein temps, ne pourrait prétendre à une rente, ce qui relativise l'importance de la question de la répartition entre activité ménagère et activité lucrative.

5.

La recourante critique ensuite la valeur probante du rapport d'enquête ménagère du 27 août 2024 (doss. OAI p. 699ss).

Celui-ci retient que le travail dans le ménage est principalement réparti entre les soins aux enfants (40%), l'alimentation (29%), l'entretien du logement (14%), les achats et démarches administratives (10%) et l'entretien du linge (7%). Il met en évidence des limitations surtout pour les tâches physiques lourdes, largement compensées par l'aide familiale, conduisant à un empêchement résiduel de 2.9%.

Cette enquête apparaît pleinement probante dès lors qu'elle a été réalisée au domicile de l'assurée par une évaluatrice spécialisée, en connaissance du dossier médical et avec la participation de l'assurée, assistée de son mandataire, garantissant ainsi le respect de son droit d'être entendue. Elle s'appuie sur un entretien structuré, comportant des questions complètes et ciblées couvrant l'ensemble des domaines pertinents de la vie quotidienne (organisation du ménage, soins aux enfants, gestion administrative, mobilité, etc.), permettant d'assurer une vision globale et nuancée de la situation. Elle repose en outre sur des observations directes et concrètes effectuées *in situ*, notamment quant à l'organisation du logement, à l'exécution effective des tâches, ainsi qu'au comportement de l'assurée durant l'entretien. Il ressort du rapport que l'évaluatrice a pu apprécier non seulement les déclarations de l'assurée, mais également leur concordance avec son comportement observé, ses capacités fonctionnelles démontrées au moment de l'entretien (attention, concentration, mobilité, endurance en position assise), ainsi que l'état général du domicile, lequel était décrit comme ordonné et bien entretenu. Le rapport se distingue également par une description détaillée et individualisée des activités, accompagnée d'une analyse circonstanciée des limitations fonctionnelles, tenant compte des ressources restantes, des adaptations possibles et de l'aide exigible de l'entourage. L'approche retenue ne se limite pas à des déclarations subjectives, mais procède à une appréciation critique et nuancée, distinguant ce qui relève de limitations médicalement justifiées de ce qui peut être compensé par des stratégies organisationnelles ou des moyens auxiliaires. Par ailleurs, les constatations opérées apparaissent cohérentes tant en interne qu'au regard des autres pièces du dossier, en particulier médicales, sans contradiction manifeste. Le rapport expose de manière transparente les éléments déclarés par l'assurée et les confronte aux observations effectuées, ce qui renforce sa crédibilité. Dans ces conditions, le caractère circonstancié, cohérent, objectif et ancré dans la réalité quotidienne de l'assurée confère une pleine valeur probante à ce rapport. La critique de la recourante, limitée à contester le caractère non expertal de l'enquête ménagère, ne saurait dès lors être suivie.

Partant, la Cour confirme l'empêchement retenu dans ce rapport (soit 2.9%).

6.

Finalement, dans le cadre de la comparaison des revenus de valide et d'invalides, la recourante conteste la détermination du revenu de valide, soutenant que celui-ci ne saurait être fixé sur la base de son activité de vendeuse exercée entre 2015 et 2017, mais qu'il devrait au contraire être établi en fonction des revenus qu'elle tirait de sa propre entreprise.

6.1. Il ressort du rapport pour indépendant du 24 février 2025 (doss. OAI, p. 757ss) que l'assurée, en sa qualité d'associée-gérante unique de la société B. _____ Sàrl depuis le 18 février 2019 selon l'extrait du registre du commerce, disposait par sa fonction d'une influence déterminante sur l'entreprise. Dès lors que la recourante a accepté d'assumer la qualité d'associée-gérante, ce qui lui conférerait formellement un pouvoir d'influencer le sort de la société, la Cour peut confirmer ce constat.

Pour les associés-gérants d'une Sàrl, il convient de ne pas se limiter aux revenus soumis à cotisations sociales, mais d'intégrer les résultats effectifs de la société (prise de position du service

externe du 24 février 2025, doss. OAI p. 758). Or, selon les comptabilités produites, la société a subi des pertes importantes en 2019 (– CHF 10'753.42) et en 2020 (– CHF 121'136.74), soit une perte moyenne de – CHF 65'945.10, de sorte que le revenu effectif de l'assurée doit être considéré comme nul (rapport précité, p. 759). Les déclarations concordantes de l'assurée lors des entretiens téléphoniques du 25 janvier 2021, du 18 août 2021 et du 3 août 2022, confirmées par le courrier du 27 décembre 2024 du mandataire, font état d'une cessation d'activité dès 2021 et de l'absence de toute comptabilité ultérieure. Dans ces conditions, l'argumentation de l'OAI consistant à retenir le revenu antérieur de vendeuse apparaît parfaitement justifié, dès lors qu'elle tient compte de la position dirigeante de l'assurée ainsi que la réalité économique déficitaire de son activité indépendante.

En outre, plusieurs éléments du dossier jettent un doute sérieux sur la réalité de l'activité effectivement exercée par l'assurée au sein de B._____. Sàrl, laissant soupçonner une construction artificielle de la situation économique. D'une part, selon son propre "profil de travail" SUVA, elle se décrit comme aide-chantier à 90% et active à 10% en comptabilité, ce qui est en contradiction avec sa qualité d'associée-gérante et avec l'absence de formation ou d'expérience dans le domaine du bâtiment (rapport précité, remarques). D'autre part, lors de l'enquête ménagère du 27 août 2024, elle a elle-même indiqué que l'entreprise était "celle de son époux", lequel apparaissait comme salarié de la société selon les déclarations à la caisse de compensation et a par ailleurs fondé sa propre société (AD._____ Sàrl) le 29 juin 2023. À cela s'ajoute l'incompatibilité relevée par les experts de C._____, qui attestent d'une incapacité totale de travailler sur les chantiers depuis septembre 2017, ce qui contredit frontalement l'activité alléguée (rapport d'expertise, doss. OAI p. 584). Enfin, le contexte personnel – grossesse et naissance d'un enfant en 2020, activité prétendument physique sur chantier, arrêt de fait de l'entreprise avant même l'accident du 28.09.2021 selon ses propres déclarations (entretiens des 25 janvier 2021 et 18 août 2021) – renforce le caractère invraisemblable de l'activité professionnelle déclarée. L'ensemble de ces éléments permet de soupçonner que la situation alléguée relève d'un montage dépourvu de consistance économique réelle, justifiant d'écarter les revenus déclarés à partir de 2019.

S'agissant du grief selon lequel il conviendrait de prendre en considération le revenu tiré de l'activité exercée au sein de sa propre entreprise, un argument supplémentaire s'oppose à une telle approche. En effet, il se pose la question de savoir si l'activité de la société n'aurait pas, de toute manière, pris fin indépendamment de la situation de la recourante. La société en cause est en effet tombée en faillite, ce qui constitue un indice sérieux que la poursuite de l'activité n'était plus économiquement viable. Au demeurant, aucune personne n'a été engagée pour remplacer la recourante après son arrêt de travail. Un tel élément tend à démontrer que l'activité en question n'était pas destinée à être maintenue, mais devait au contraire être abandonnée. Enfin, compte tenu de l'absence de formation spécifique de la recourante, il apparaît hautement improbable qu'elle aurait pu être engagée dans une fonction équivalente au sein d'une autre entreprise. Cet élément renforce encore l'idée que le revenu issu de cette activité ne saurait être considéré comme durable ni déterminant.

6.2. Dans la décision litigieuse, l'office a arrêté le revenu sans atteinte à la santé à CHF 47'892.- en procédant à l'extrapolation à plein temps du salaire annuel de CHF 23'946.- réalisé à 50% comme vendeuse pour AC._____ SA entre 2015 et 2017, montant encore adapté à l'évolution des salaires nominaux (renchérissement) jusqu'à l'année déterminante. Pour le revenu d'invalidé, il s'est fondé sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2022, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1, total des salaires (OFS/OFAS), soit CHF 4'552.60 par

mois après adaptation à la durée hebdomadaire usuelle, respectivement CHF 54'631.20 par an, ramenés à une capacité de travail de 70%, ce qui conduit à CHF 38'241.85. Pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2023, la comparaison met en évidence une perte de gain de CHF 9'650.15, correspondant à un taux d'invalidité de 20%. À compter du 1^{er} janvier 2024, après application d'un abattement de 10% sur le salaire statistique conformément à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, le revenu avec atteinte est fixé à CHF 34'417.65, d'où un manque à gagner de CHF 13'474.35 équivalant à un degré d'invalidité de 28%.

La recourante ne conteste pas les montants retenus dans le cadre de la comparaison des revenus exposée ci-dessus. Le Tribunal peut dès lors en confirmer le bien-fondé dans son principe, sans qu'il soit nécessaire d'en examiner plus avant le détail, dès lors que le degré d'invalidité qui en résulte se situe très en deçà du seuil ouvrant le droit à une rente (40%). La Cour relève au demeurant que, même en faisant abstraction de la méthode mixte pour appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus, il résulte de ce calcul que la recourante ne pourrait pas davantage se prévaloir d'un droit à des prestations.

La Cour observe enfin qu'il n'est pas d'emblée évident que l'office intimé était fondé à se référer exclusivement au dernier salaire perçu, plutôt qu'aux données statistiques également pour la détermination du revenu sans invalidité, dans la mesure où la cessation des rapports de travail en 2017 n'apparaît vraisemblablement pas en lien avec l'atteinte à la santé.

7.

Eu égard aux taux retenus — soit 2.9% pour la part ménagère et 20% (de juillet 2021 au 31 décembre 2023), respectivement 28% (dès janvier 2024) pour la part lucrative — ainsi qu'à une répartition de 50% pour chacune de ces sphères, c'est à juste titre que l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, le degré d'invalidité étant dans les deux cas bien inférieur à 40% (soit 11.45%, respectivement 15.45%); partant, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

8.

La recourante a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (608 2025 197) dans le cadre de la présente procédure de recours.

8.1. Aux termes de l'art. 61 let. f^{bis} de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), pour les litiges en matière de prestations, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit; si la loi spéciale ne prévoit pas de frais judiciaires pour de tels litiges, le tribunal peut en mettre à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou fait preuve de légèreté. L'art. 61 LPGA prévoit que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal.

Selon l'art. 142 al. 1 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire celui qui ne possède pas les ressources suffisantes pour couvrir les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille. L'al. 2 prévoit en outre que l'assistance n'est pas accordée lorsque la cause paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable.

D'après l'art. 143 al. 1 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (let. a), de même que celle de fournir une avance de frais ou des sûretés (let. b) et, si la difficulté de l'affaire le rend nécessaire, la désignation d'un défenseur choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). Sauf disposition cantonale contraire,

sont déterminantes les circonstances économiques existantes au moment de la décision sur la requête d'assistance judiciaire (arrêt TF I 651/06 du 25 octobre 2006 consid. 3.2).

8.2. Il convient d'examiner les deux conditions permettant l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, à savoir celle de la situation financière difficile et celle des chances de succès.

S'agissant de la situation financière, il appert que l'assurée n'exerce plus d'activité, au contraire de son époux. Celui-ci a touché un salaire moyen de CHF 5'949.80 pour les mois d'août à octobre 2025. Les dépenses du couple se composent du minimum vital des parents par CHF 2'125.- (CHF 1'700.- plus 25%), du minimum vital des enfants par CHF 1'250.- (CHF 600.- plus CHF 400.- plus 25%), du loyer par CHF 2'078.- et des primes d'assurance-maladie pour l'ensemble de la famille par CHF 1'317.50 par mois, soit un total de CHF 6'770.50, ce qui excède déjà le revenu du mari.

La recourante ne dispose ainsi pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence.

Il faut en outre admettre que le recours n'était pas d'emblée dénué de chances de succès.

Dans ces conditions, l'assistance judiciaire totale est octroyée à la recourante.

8.3. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire octroyée ce jour.

Succombant, l'assurée, non représentée par un avocat, n'a pas droit à des dépens.

Si la 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).

(dispositif page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2025 196) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2025 197) est admise.
- III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire accordée.
- IV. Il n'est pas octroyé de dépens.
- 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 16 juillet 2026/jfr/cso

La Présidente

La Greffière-rapporteure