



**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 2026 69

Arrêt du 19 juin 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener
Juges : Johannes Frölicher, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Julien Delaye

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Charles Guerry,
avocat,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Capacité de travail – Rente temporaire

Recours du 23 mars 2026 contre la décision du 23 février 2026

considérant en fait

A. Par décision du 25 septembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à A. _____, née en 1980. Il a retenu que son taux d'invalidité, calculé selon la méthode mixte, n'ouvrait pas le droit à une rente.

Par arrêt 605 2019 286 du 14 mai 2020, le Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision.

B. Le 10 septembre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle a invoqué, en plus des atteintes déjà prises en considération dans la première procédure, soit notamment un cancer du sein, une ostéoporose, une scoliose et des troubles psychiques, l'existence d'une spondylarthropathie inflammatoire.

Par décision du 1^{er} février 2022, l'OAI a rejeté cette nouvelle demande, considérant que la situation médicale de l'assurée ne s'était pas modifiée de manière déterminante depuis la précédente décision de refus de rente.

Par arrêt 608 2022 34 du 29 novembre 2022, le Tribunal cantonal a rejeté le recours formé contre cette décision.

Par arrêt 9C_63/2023 du 6 novembre 2023, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours de l'assurée et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a retenu qu'un doute subsistait quant aux conséquences d'une éventuelle infection au Covid-19 ainsi qu'à l'existence et aux effets d'une maladie inflammatoire de type spondylarthropathie. Sur le plan psychiatrique, il a en revanche considéré que l'assurée ne soulevait aucun argument concret propre à remettre en cause l'appréciation cantonale.

C. À la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'assurée a produit de nombreux rapports médicaux établis par ses médecins traitants, couvrant la période de novembre 2023 à janvier 2026.

Entre-temps, le 13 juin 2024, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne générale, rhumatologie, pneumologie et psychiatrie, assortie d'un examen neuropsychologique. Dans leur rapport du 17 septembre 2024, les experts ont retenu, dans une activité adaptée, une incapacité totale de travail dès le 20 janvier 2014 pour une durée de six à neuf mois, puis une capacité de travail de 50% jusqu'en décembre 2021. Ils ont ensuite admis une incapacité totale de travail du 1^{er} janvier 2022 au 31 mai 2024, puis une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} juin 2024.

Le 28 novembre 2024, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage, laquelle a abouti à un empêchement de 8.12% dans les travaux habituels.

Par rapport complémentaire du 11 septembre 2025, les médecins experts ont confirmé les conclusions de leur précédente expertise, en retenant des taux d'incapacité de travail identiques à ceux déjà fixés.

D. Par décision du 23 février 2026, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 54% pour la période du 1^{er} avril 2022 au 31 août 2024. Il a en revanche nié tout droit à la rente pour la période

antérieure au 1^{er} avril 2022 ainsi que dès le 1^{er} septembre 2024. Il a également alloué des rentes pour enfants liées à la rente de la mère.

L'OAI a retenu que l'assurée aurait, sans atteinte à la santé, exercé une activité lucrative à 50% et consacré le solde à la tenue de son ménage. Il a dès lors évalué le degré d'invalidité selon la méthode mixte.

Sur le plan médical, l'OAI s'est fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 17 septembre 2024 et de son complément du 11 septembre 2025. Il a retenu que l'assurée présentait, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50% jusqu'au 31 décembre 2021, une incapacité totale de travail du 1^{er} janvier 2022 au 31 mai 2024, puis à nouveau une capacité de travail de 50% dès le mois de juin 2024.

S'agissant de la part ménagère, l'OAI s'est fondé sur l'enquête économique du 28 novembre 2024, qui a mis en évidence un empêchement de 8.12% dans l'accomplissement des travaux habituels.

Sur cette base, l'OAI a retenu que le degré d'invalidité global n'atteignait pas le seuil ouvrant le droit à une rente avant le 1^{er} avril 2022, qu'il s'élevait à 54.06% du 1^{er} avril 2022 au 31 août 2024, puis qu'il était à nouveau inférieur à 40% dès le 1^{er} septembre 2024.

E. Par acte du 23 mars 2026, l'assurée interjette recours auprès du Tribunal cantonal contre cette décision. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2021, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction.

À l'appui de son recours, elle conteste d'abord le statut mixte retenu par l'OAI. Elle soutient que l'autorité intimée ne pouvait pas se fonder sur ses déclarations recueillies lors de l'enquête ménagère du 21 novembre 2017 pour retenir qu'elle aurait exercé une activité lucrative à 50% seulement en l'absence d'atteinte à la santé. Elle fait valoir que cette appréciation ne tient pas compte de l'évolution de sa situation personnelle et familiale, en particulier de l'âge de ses enfants, désormais âgés de 13 et 20 ans, ni de sa déclaration du 22 mars 2021 selon laquelle elle aurait travaillé à plein temps si elle avait été en bonne santé.

Elle critique ensuite l'appréciation médicale retenue par l'OAI. Se référant aux avis de ses médecins traitants, elle soutient que les experts n'auraient pas suffisamment tenu compte des interactions entre ses atteintes somatiques et psychiques. Elle leur reproche en particulier de ne pas avoir expliqué de manière suffisamment compréhensible la capacité de travail globale de 50% retenue dès juin 2024, compte tenu notamment de la fatigue, des douleurs rhumatologiques chroniques, des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit et des troubles psychiques.

Le 14 avril 2026, l'OAI conclut au rejet du recours. Il se réfère intégralement au dossier ainsi qu'à la motivation de la décision attaquée.

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

F. Les arguments avancés par les parties à l'appui de leurs conclusions seront repris dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela s'avère nécessaire à l'issue du litige.

en droit

1.

Interjeté dans le délai (art. 60 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]) et dans les formes prescrites, le recours de l'assurée, directement touchée par la décision attaquée et pouvant se prévaloir d'un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 59 LPGA), est recevable au regard des art. 79 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1). L'avance de frais ayant en outre été versée dans le délai imparti, il y a lieu d'entrer en matière sur les mérites du recours.

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 des rentes linéaires, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b al. 1) 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. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s et 2002 ss), l'Office fédéral des assurances sociales (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. Le 1^{er} janvier 2024 est entrée en vigueur la modification du 18 octobre 2023 du RAI (RO 2023 635). Cette modification introduit à l'al. 3 de l'art. 26^{bis} une déduction forfaitaire de 10% sur le revenu d'invalidité établi sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), cette déduction forfaitaire étant portée à 20% si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de 50 % ou moins.

Les dispositions transitoires de la modification du 18 octobre 2023 prévoient que, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de cette modification qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à

70% et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20%, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification (al. 1). Lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26^{bis} al. 3 pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement (al. 2).

Dans sa lettre circulaire AI n° 432 du 9 novembre 2023, l'OFAS précise que tous les droits à la rente prenant naissance avant le 1^{er} janvier 2024 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023. Si le droit à la rente subsiste au-delà du 31 décembre 2023, les dispositions du RAI dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2024 sont applicables à partir de cette date. L'augmentation de la rente prend alors effet au 1^{er} janvier 2024. La lettre circulaire mentionne en outre que, si l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des dispositions du RAI, dans sa version valable à partir du 1^{er} janvier 2024, entraîne une modification du taux d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage, il y a lieu de passer au système de rentes linéaire. Demeurent réservés les cas visés à la let. b al. 2 desdites dispositions transitoires.

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).

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.

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

3.2.1. 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).

3.2.2. 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 RAI et 8 al. 3 LPGA; cf. arrêts 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° 3087 dans son état au 1^{er} janvier 2014), établie par l'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).

3.2.3. 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.

3.2.4. 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).

3.3. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, soit augmentée, réduite ou supprimée en conséquence. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et partant le droit à la rente, peut ainsi justifier une révision.

Une révision entre en considération non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est demeuré en soi inchangé, mais que ses effets sur la capacité de gain – ou sur la capacité d'accomplir les travaux habituels – se sont modifiés de manière significative (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait demeuré pour l'essentiel inchangé ne saurait justifier une révision au sens de cette disposition (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b).

Le point de savoir si une modification déterminante est intervenue doit être examiné en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec ceux existant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2). Le moment de référence déterminant est celui de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, comprenant une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

3.4. Une décision par laquelle l'Office AI accorde une rente avec effet rétroactif tout en prévoyant simultanément la réduction ou la suppression pour l'avenir constitue une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164). En cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps, comme en l'espèce, la date de la modification du droit – soit la diminution ou la suppression de la rente – doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d).

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

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

3.5. 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).

3.5.1. 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).

3.5.2. 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).

3.5.3. Le rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} 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.

3.5.4. 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).

3.6. 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).

4.

4.1. Dans sa décision initiale du 25 septembre 2019, l'OAI a retenu que la recourante présentait notamment un status après cancer des deux seins, avec mastectomie et chimiothérapie, un lymphœdème résiduel du membre supérieur droit, des cervicalgies et lombalgies chroniques, une ostéoporose lombaire, une fibromyalgie d'accompagnement, ainsi que des troubles psychiques sous forme de trouble dépressif récurrent et d'anxiété généralisée. Sur le plan fonctionnel, il a considéré que l'activité habituelle de vendeuse-manutentionnaire-caissière n'était plus exigible. En revanche, une activité adaptée demeurerait exigible à 50%, sans diminution de rendement, pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles retenues, notamment l'absence de port répété de charges lourdes, de mouvements en porte-à-faux ou de torsions répétées du tronc, de station assise ou debout prolongée, ainsi que d'utilisation répétée et en force du membre supérieur droit ou d'élévation des bras au-dessus des épaules (dossier OAI, p. 285).

La recourante a en outre fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage le 21 novembre 2017. En tenant compte notamment de l'asthénie, des douleurs musculo-articulaires, des troubles de la

concentration, de l'anxiété, de la fatigabilité, ainsi que des limitations liées au port de charges et à la mobilité des épaules et des bras consécutives à la mastectomie bilatérale, l'enquêteur a retenu un empêchement correspondant à un taux d'invalidité de 6.72% (dossier OAI, p. 89).

Par arrêt 605 2019 286 du 14 mai 2020, le Tribunal cantonal a confirmé cette décision en rejetant le recours interjeté par l'assurée (dossier OAI, p. 339). Cet arrêt n'a pas été contesté par la recourante.

4.2. Le 10 septembre 2020, la recourante a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité, en faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis la décision du 25 septembre 2019 (dossier OAI, p. 364).

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, la recourante a produit différents rapports médicaux, tant sur le plan psychiatrique que somatique (dossier OAI, p. 306, 335, 374, 384, 398, 420, 422 et 448). Le SMR a toutefois considéré que ces pièces ne permettaient pas d'établir objectivement une modification notable de l'état de santé depuis la précédente décision.

Sur cette base, par décision du 1^{er} février 2022, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, considérant qu'aucune modification notable de l'état de santé de la recourante n'était établie depuis la décision du 25 septembre 2019 et que l'exigibilité médico-théorique retenue à cette époque demeurait inchangée (dossier OAI, p. 459).

Par arrêt 608 2022 34 du 29 novembre 2022, le Tribunal cantonal a rejeté le recours formé contre cette décision.

Par arrêt 9C_63/2023 du 6 novembre 2023, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours de l'assurée et a annulé l'arrêt cantonal. Il a considéré que des doutes subsistaient quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante. D'une part, les conséquences d'une éventuelle infection au Covid-19 n'avaient pas été suffisamment instruites. D'autre part, la question de l'existence d'une spondylarthropathie inflammatoire, évoquée par les médecins traitants, n'avait pas été clarifiée de manière suffisante au regard des éléments médicaux produits.

5.

À la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'OAI a confié au centre B. _____ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne générale, rhumatologie, pneumologie et psychiatrie.

5.1. Il ressort du rapport d'expertise du 17 septembre 2024 que les experts ont procédé à une nouvelle évaluation consensuelle de la situation médicale de la recourante (dossier OAI, p. 699 ss).

Sur le plan de la médecine interne générale, l'expert a rappelé les antécédents de carcinome mammaire traité en 2014 par mastectomie bilatérale, chimiothérapie et hormonothérapie, les lombalgies chroniques, l'ostéoporose, la fibromyalgie, la spondylarthrite ankylosante ainsi que les suites de l'infection au SARS-CoV-2 avec fatigue, tachycardie et suivi en consultation Covid long. Il a relevé que la recourante demeurait autonome pour les soins personnels, conduisait encore, pouvait effectuer de petites courses, voyager, marcher, nager en été et maintenir une vie sociale, tout en bénéficiant d'aide pour certaines tâches ménagères. L'examen clinique n'a pas mis en évidence d'incohérence, d'exagération des symptômes ou d'anomalie significative. Sur le plan médico-assurantiel, l'expert a retenu une incapacité totale dans l'activité habituelle depuis l'intervention oncologique du 20 janvier 2014. Dans une activité adaptée, il a confirmé une capacité

de travail de 50%, les limitations concernant essentiellement la fatigue post-cancer et post-chimiothérapie, l'absence de mobilisation répétitive du bras droit au-dessus de l'épaule et l'interdiction de porter des charges supérieures à 3 kg avec ce bras (dossier OAI, p. 708 ss).

Sur le plan pneumologique, l'expert a retenu les diagnostics de syndrome post-Covid avec dysfonction respiratoire à l'effort et de syndrome d'hyperventilation. Il a relevé qu'à la suite de l'infection au Covid-19 de décembre 2021, la recourante avait présenté une dyspnée sévère, au repos et à l'effort, avec tachycardie et crises d'hyperventilation, ayant motivé un suivi spécialisé en consultation Covid long. Depuis mai 2024, une amélioration progressive était toutefois constatée. L'examen pneumologique mettait en évidence une saturation normale, une auscultation physiologique, une spirométrie normale et l'absence de limitation significative ou de désaturation à l'effort. Sur le plan médico-assurantiel, l'expert a conclu à une incapacité totale de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, de décembre 2021 à mai 2024 sur le plan respiratoire. Depuis juin 2024, la capacité de travail est entière sous cet angle, moyennant l'évitement des efforts physiques, du stress, du froid et des intempéries (dossier OAI, p. 717 ss).

Sur le plan psychiatrique, l'experte a repris l'anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et médicale de la recourante et a tenu compte du suivi psychiatrique mensuel auprès de la Dre C. _____ ainsi que du traitement psychotrope en cours. À l'examen, la recourante était bien orientée, calme, collaborante, souriante et s'exprimait correctement en français. L'experte n'a pas objectivé de troubles de l'attention ni de fatigue durant l'entretien. Elle a retenu les diagnostics de trouble anxieux généralisé et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, tout en écartant un syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle a relevé que les limitations alléguées n'étaient pas uniformes dans les différents domaines de vie, la recourante conservant des activités quotidiennes, familiales, sociales et de loisirs. Sur le plan médico-assurantiel, elle a retenu une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique depuis août 2015, hormis deux périodes limitées, soit une capacité réduite à 50% du 17 août 2018 au 1^{er} janvier 2019, puis à nouveau du 29 décembre 2022 à juillet 2023. Depuis juillet 2023, elle a retenu une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique (dossier OAI, p. 723 ss).

Sur le plan rhumatologique, l'experte a retenu les diagnostics de spondylarthrite axiale et périphérique HLA-B27 négative ainsi que d'ostéoporose densitométrique non fracturaire stabilisée sous traitement substitutif. Elle a relevé que le diagnostic de spondylarthrite inflammatoire avait été posé à partir de 2020 et confirmé notamment par les scintigraphies osseuses des 9 août 2021 et 12 décembre 2022, mettant en évidence des hypercaptations inflammatoires des articulations sacro-iliaques, du plastron sternal, des épaules et des mains. Elle a également tenu compte des douleurs diffuses, de la raideur matinale et de la fatigue chronique importantes, tout en relevant que la recourante pouvait marcher, conduire, gérer les tâches administratives familiales et conserver une activité physique régulière. L'examen clinique n'a pas mis en évidence de déficit neurologique, d'amyotrophie, de déconditionnement global, de synovite ni d'atteinte inflammatoire périphérique manifeste. Sur le plan médico-assurantiel, l'experte a retenu que l'activité antérieure de caissière-employée de vente n'était plus exigible depuis mai 2020. Dans une activité adaptée, elle a retenu une capacité de travail de 70% depuis mai 2020, correspondant à une perte de rendement de 30% liée aux douleurs et à la fatigue chronique. Les limitations imposent une activité essentiellement sédentaire, permettant l'alternance des positions, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans mouvements répétés du rachis en flexion ou rotation et avec une organisation du travail ménageant la fatigabilité (dossier OAI, p. 738 ss).

Procédant ensuite à une évaluation consensuelle, les experts ont considéré que, dans l'activité habituelle de caissière et responsable de rayon, la capacité de travail était nulle depuis 2014. Dans une activité adaptée, ils ont conclu à une incapacité totale de travail durant les suites immédiates du cancer, puis à une capacité résiduelle de travail de 50% dès la fin de cette période. Ils ont ensuite retenu une incapacité totale entre décembre 2021 et mai 2024 en raison principalement des suites du Covid-19 et des troubles respiratoires associés, puis à nouveau une capacité de travail de 50% dès juin 2024.

5.2. Dans un complément d'expertise du 11 septembre 2025, les experts de B._____ ont procédé à une nouvelle évaluation consensuelle de la situation médicale de l'assurée, en tenant compte des rapports médicaux postérieurs à l'expertise (dossier OAI, p. 861 ss).

Ils ont notamment relevé que la situation respiratoire demeurait inchangée depuis l'expertise de l'été 2024, tandis que la situation rhumatologique s'était péjorée et n'était pas stabilisée, ce qui ressortait notamment de la scintigraphie osseuse de novembre 2024, des rapports du rhumatologue traitant et des constatations cliniques. Sur le plan psychiatrique, ils ont tenu compte du suivi en cours, du sevrage des benzodiazépines et de l'inquiétude accrue de la recourante au sujet de ses problèmes de santé.

Les limitations fonctionnelles rhumatologiques imposaient une activité à prédominance sédentaire, permettant l'alternance des positions assise et debout avec de courtes pauses, sans contraintes posturales rachidiennes, sans mouvements en porte-à-faux du buste ou en antéflexion et sans port de charges supérieures à 5 kg. Les limitations respiratoires excluaient les travaux physiques astreignants ainsi que l'exposition au froid et aux intempéries. Sur le plan de la médecine interne générale, les experts retenaient une fatigue post-cancer et post-chimiothérapie, l'absence de mouvements répétitifs du bras droit au-dessus de l'épaule et l'absence de port de charges supérieures à 3 kg avec ce bras.

S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, les experts ont retenu une incapacité totale depuis le 20 janvier 2014. Dans une activité adaptée, ils ont retenu une capacité de travail de 50% jusqu'en décembre 2021. De décembre 2021 à mai 2024, la capacité de travail était nulle. Depuis juin 2024, elle était à nouveau de 50%. Par courrier du 26 janvier 2026, les experts de B._____ ont encore confirmé que, selon l'appréciation consensuelle, la capacité de travail globale était nulle depuis le 20 janvier 2014 pour une durée de six à neuf mois, puis de 50% jusqu'en décembre 2021, nulle de décembre 2021 à mai 2024, puis à nouveau de 50% dès juin 2024 (dossier OAI, p. 975).

6.

6.1. En l'espèce, il convient de constater que l'instruction médicale menée par l'OAI à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral apparaît complète et convaincante. Le Tribunal fédéral avait renvoyé la cause afin que soient clarifiées, en particulier, les conséquences de l'infection au Covid-19 ainsi que la question de l'existence et des effets d'une spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique. Or, ces deux aspects ont précisément fait l'objet d'une instruction approfondie, d'abord dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 17 septembre 2024, puis dans le complément d'expertise du 11 septembre 2025.

Sur le plan pneumologique, les experts ont spécifiquement examiné les suites de l'infection au Covid-19. Ils ont retenu un syndrome post-Covid avec dysfonction respiratoire à l'effort ainsi qu'un

syndrome d'hyperventilation. Ils ont expliqué que les troubles respiratoires avaient justifié une incapacité totale de travail de décembre 2021 à mai 2024. À compter de juin 2024, l'évolution a en revanche été jugée favorable, les symptômes respiratoires n'ayant plus qu'un impact limité sur les activités quotidiennes et professionnelles, hormis pour les efforts physiques importants, le stress et l'exposition au froid ou aux intempéries.

Sur le plan rhumatologique, les experts ont admis l'existence d'une spondyloarthrite axiale et périphérique HLA-B27 négative. Ils n'ont donc pas minimisé les plaintes de la recourante ni écarté le diagnostic défendu par ses médecins traitants. Ils ont au contraire reconnu une affection inflammatoire objectivable, avec douleurs chroniques, raideur matinale, fatigue et réponse seulement partielle aux traitements biologiques successifs. Ils ont retenu des limitations fonctionnelles précises. Le complément d'expertise du 11 septembre 2025 montre en outre que les experts ont tenu compte de la péjoration rhumatologique postérieure à l'expertise initiale, notamment des rapports produits à la suite de la scintigraphie osseuse de novembre 2024, de l'évolution du suivi thérapeutique et des traitements successifs. Ils ont ainsi adapté, sur le plan strictement rhumatologique, leur évaluation de la capacité de travail de la recourante qu'ils ont fixée à 70% de mai 2020 à novembre 2024, puis à 50% dès novembre 2024.

Sur le plan psychiatrique, les rapports d'expertise ne prêtent pas davantage le flanc à la critique. L'experte psychiatre a procédé à un examen complet, a discuté les diagnostics antérieurement retenus et a pris en compte les avis de la psychiatre traitante, de la psychologue, ainsi que les éléments neuropsychologiques et neurologiques disponibles. Elle a retenu un trouble anxieux généralisé et un trouble dépressif récurrent, tout en considérant, dans l'expertise de septembre 2024, que l'épisode dépressif était en rémission. Dans le complément d'expertise de septembre 2025, elle a tenu compte de l'évolution de la situation, retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, un trouble anxieux généralisé et un trouble panique, avec une capacité de travail psychiatrique réduite à 80% dès le 1^{er} mai 2025. Cette évolution montre que l'aggravation relative des plaintes psychiques et l'anxiété accrue liée à la situation somatique n'ont pas été ignorées.

Enfin, sur le plan de la médecine interne générale, les experts ont retenu une incapacité totale de travail depuis le 20 janvier 2014 pour une durée de six à neuf mois. Par la suite, ils ont admis une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Cette appréciation tient compte des séquelles résiduelles liées à l'historique oncologique de la recourante, en particulier de la fatigue post-cancer et post-chimiothérapie ainsi que des restrictions fonctionnelles concernant le bras droit.

6.2. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire du 17 septembre 2024, telle que complétée le 11 septembre 2025. Les experts ont répondu aux questions déterminantes, ont tenu compte des plaintes de la recourante et des rapports de ses médecins traitants, ont intégré l'évolution postérieure du Covid-19 ainsi de la spondyloarthrite et des troubles psychiques, et ont motivé de manière cohérente les limitations fonctionnelles ainsi que les taux de capacité de travail retenus.

Leurs conclusions sont formulées de manière suffisamment claire et compréhensible. Elles résultent d'une appréciation médicale globale, intégrant les atteintes relevant de la médecine interne générale, de la pneumologie, de la rhumatologie et de la psychiatrie. Les experts ont ainsi distingué les incapacités propres à chaque discipline, avant de procéder à une appréciation consensuelle de la capacité de travail, en tenant compte de l'ensemble des atteintes et de leurs interactions.

Sur ce point, la Cour relève que la conclusion consensuelle des experts repose, quoi qu'en pense la recourante, sur une logique pleinement compréhensible. Les experts ont retenu, pour chaque période, l'atteinte ou la combinaison d'atteintes ayant l'incidence déterminante sur la capacité de travail globale. Ainsi, la capacité de travail globale dans une activité adaptée a d'abord été retenue comme nulle depuis le 20 janvier 2014 pour une durée de six à neuf mois, ce qui s'explique par les suites de l'atteinte oncologique sur le plan de la médecine interne générale. Elle a ensuite été fixée à 50%, dès lors que les limitations relevant de la médecine interne générale justifiaient encore une capacité de travail réduite à ce taux.

La nouvelle période d'incapacité totale retenue de décembre 2021 à mai 2024 s'explique quant à elle par l'atteinte respiratoire. Les experts ont en effet retenu, sur le plan pneumologique, une capacité de travail nulle durant cette période. À partir de juin 2024, l'atteinte respiratoire ne justifiait en revanche plus, à elle seule, d'incapacité de travail dans une activité adaptée, la capacité de travail pneumologique étant alors à nouveau entière. Dans l'appréciation consensuelle, la capacité de travail globale demeure toutefois limitée, dès cette date, à 50%, compte tenu des limitations relevant des autres disciplines, en particulier de la médecine interne générale.

L'appréciation rhumatologique ne rend pas cette conclusion contradictoire. Les experts ont certes retenu, sur ce plan, une capacité de travail de 70% entre mai 2020 et novembre 2024, puis de 50% dès novembre 2024. Pour la période antérieure à novembre 2024, cette capacité de travail rhumatologique était toutefois supérieure à celle déjà retenue dans l'appréciation consensuelle en raison des autres atteintes, de sorte qu'elle ne commandait pas une réduction supplémentaire du taux global. Dès novembre 2024, la capacité rhumatologique de 50% rejoint le taux déjà retenu sur le plan consensuel, sans justifier une incapacité plus importante.

Il en va de même sur le plan psychiatrique. Les experts ont retenu différentes périodes alternant entre une capacité de travail de 50% et une pleine capacité dans cette discipline, puis une capacité de travail sous l'angle psychiatrique de 80% dès le 1^{er} mai 2025. Ces variations ne modifient toutefois pas l'appréciation consensuelle, dès lors qu'elles ne conduisent pas à retenir une capacité de travail globale inférieure à celle déjà admise en raison des autres atteintes déterminantes.

Dans ces conditions, le grief de la recourante, en tant qu'elle soutient que la portée de la conclusion consensuelle ne serait pas compréhensible, doit être écarté.

7.

7.1. Les nombreux rapports médicaux versés au dossier confirment pour l'essentiel les diagnostics et limitations retenus par les experts, sans mettre en évidence d'élément objectivement nouveau qui aurait été ignoré par ceux-ci.

Il en va notamment ainsi, sur le plan respiratoire et post-Covid, des rapports du Dr D. _____, pneumologue, du 24 juin 2022, du Dr E. _____, cardiologue, du 25 octobre 2022, du Dr F. _____, neurologue, des 29 décembre 2022, 6 avril 2023 et 9 novembre 2023, ainsi que du Dr G. _____, spécialiste de la consultation Covid long, du 11 septembre 2023. Ces médecins ont décrit une fatigue persistante, une dyspnée, des troubles attentionnels et exécutifs, un syndrome d'hyperventilation et des manifestations anxio-dépressives dans les suites de l'infection au SARS-CoV-2. Ils ont toutefois également relevé des investigations cardiologiques et pneumologiques globalement rassurantes, l'absence d'atteinte organique significative sur ces plans, le caractère aspécifique des troubles neuropsychologiques et l'influence possible des douleurs chroniques, des

comorbidités et des traitements psychotropes. Le Dr F. _____ ne s'est en outre pas prononcé sur une incapacité de travail. Ces éléments ont été pris en compte par les experts, qui ont précisément retenu une incapacité totale de travail de décembre 2021 à mai 2024 en lien avec les suites du Covid-19, puis une capacité de travail entière sur le plan respiratoire dès juin 2024 dans une activité adaptée, sous réserve des limitations liées aux efforts physiques, au stress, au froid et aux intempéries (dossier OAI, p. 609, 611, 615, 617, 619 et 578).

Sur le plan rhumatologique, les rapports de la Dre H. _____, radiologue, des 21 décembre 2022 et 22 novembre 2024, ainsi que ceux de la Dre I. _____, rhumatologue, des 16 octobre 2023, 13 novembre 2023, 4 juillet 2024, 2 novembre 2024, 25 novembre 2024 et 28 juillet 2025, confirment l'existence d'une spondylarthropathie axiale et périphérique HLA-B27 négative, avec activité inflammatoire objectivée par les examens scintigraphiques et douleurs persistantes. Ces rapports ont précisément conduit les experts à admettre le diagnostic défendu par les médecins traitants, à retenir des limitations fonctionnelles rhumatologiques spécifiques et, dans le complément du 11 septembre 2025, à adapter l'évaluation de la capacité de travail en raison de la péjoration de la situation rhumatologique dès novembre 2024. Ils ne contredisent donc pas l'expertise, mais confirment au contraire que les experts ont tenu compte des éléments objectifs ressortant du dossier, notamment des scintigraphies osseuses, de l'évolution thérapeutique et des rapports du rhumatologue traitant (dossier OAI, p. 587, 590, 622, 678, 767, 769, 812 ss et 921 s.).

Il en va de même des rapports relatifs au suivi oncologique, au kyste rénal et aux lésions gynécologiques. Le CT-Scan thoracique du 1^{er} mai 2024 n'a pas mis en évidence d'anomalie thoracique significative susceptible d'expliquer les douleurs décrites, hormis des calcifications chondrales. La Dre J. _____, spécialiste en néphrologie et médecine interne, a certes relevé une lésion kystique atypique du rein droit, tandis que la Dre K. _____, spécialiste en urologie, et le Dr L. _____, radiologue, ont proposé une caractérisation et un contrôle de cette lésion. Le Dr M. _____, oncologue, a toutefois indiqué ne disposer d'aucun élément franc en faveur d'une progression tumorale. Ces éléments justifient une surveillance médicale, mais ne documentent pas de limitation fonctionnelle supplémentaire ayant une incidence sur la capacité de travail. Ils ne remettent dès lors pas en cause l'appréciation de médecine interne générale, selon laquelle les limitations résiduelles concernent essentiellement la fatigue post-cancer et post-chimiothérapie ainsi que les restrictions liées au bras droit (dossier OAI, p. 687, 923, 944, 955 et 936).

7.2. Les quelques rapports qui s'écartent davantage de l'expertise, soit parce qu'ils retiennent des diagnostics différents, soit parce qu'ils concluent à une incapacité de travail plus importante, ne suffisent pas non plus à faire douter des conclusions des experts.

Sur le plan psychiatrique, la Dre C. _____ a certes retenu, le 21 novembre 2023, que la recourante ne disposait d'aucune capacité de travail, même à faible taux, en raison de son anxiété, de sa fatigabilité, de ses troubles de la concentration et de sa diminution progressive des capacités fonctionnelles. La psychologue N. _____ a également retenu, le 6 janvier 2025, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble anxieux généralisé ainsi qu'une anesthésie et perte sensorielle dissociative, et a estimé qu'une reprise ne pourrait être envisagée qu'à un taux de 25 à 30% dans une activité adaptée. Ces appréciations reposent toutefois essentiellement sur les plaintes subjectives de la recourante et ne discutent pas de manière suffisamment circonstanciée les ressources encore constatées par les experts, ni les éléments de cohérence et de plausibilité retenus dans l'expertise. Elles ne mettent pas non plus en évidence d'élément objectif ignoré par l'experte psychiatre. À cet égard, le Dr O. _____, psychiatre, a retenu le 21 février 2025 les

mêmes diagnostics que l'experte psychiatre, soit un trouble anxieux généralisé et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, sans pouvoir procéder à une estimation actuelle de la capacité de travail. Ces rapports ne permettent dès lors pas de remettre en cause l'appréciation psychiatrique spécialisée de B._____, qui a au demeurant été adaptée dans le complément de septembre 2025 par la reconnaissance d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, d'un trouble anxieux généralisé et d'un trouble panique, avec une capacité de travail psychiatrique réduite à 80% dès le 1^{er} mai 2025 (dossier OAI, p. 580, 801 et 824).

Sur le plan rhumatologique, la Dre I._____ a exprimé une appréciation plus restrictive que celle de l'expertise initiale, en considérant notamment, dans son rapport du 2 novembre 2024, que la recourante ne pouvait pas travailler à un taux supérieur à 50% dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique. Elle a encore retenu, le 6 février 2026, une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle. Cette appréciation ne suffit toutefois pas à remettre en cause les conclusions des experts. D'une part, la rhumatologue traitante confirme pour l'essentiel le diagnostic, l'activité inflammatoire et la difficulté de stabilisation thérapeutique, éléments qui ont précisément été repris par les experts. D'autre part, les experts ont tenu compte de la péjoration postérieure à l'expertise initiale, notamment de la perte d'efficacité de certains traitements, de la scintigraphie osseuse de novembre 2024 et de l'évolution défavorable rapportée par la médecin traitante, en abaissant la capacité de travail rhumatologique à 50% dès novembre 2024. La divergence réside ainsi avant tout dans l'appréciation de l'exigibilité résiduelle, sans que la Dre I._____ ne démontre en quoi une activité strictement adaptée, à prédominance sédentaire, fractionnée, sans port de charges ni contraintes rachidiennes, ne serait plus exigible à un taux résiduel (dossier OAI, p. 767 et 812 ss).

Enfin, le rapport du Dr P._____, neurologue, du 2 septembre 2025, qui évoque un probable trouble dissociatif, à confirmer, ne conduit pas à une autre conclusion. Ce diagnostic restait incertain et aucun élément objectif ne permet d'en déduire une incapacité totale et durable dans toute activité adaptée. Ces éléments ont au demeurant été intégrés dans l'appréciation psychiatrique globale, qui tient compte du trouble anxieux, du trouble panique, de la fatigabilité et des plaintes neuropsychiques (dossier OAI, p. 941).

7.3. Les rapports produits par la recourante à l'appui de son recours ne sont pas non plus propres à modifier les conclusions des experts et ne justifient pas la mise en œuvre d'un complément d'expertise. Ils émanent pour l'essentiel de ses médecins traitants et reprennent des diagnostics, plaintes et limitations déjà connus et discutés dans l'expertise pluridisciplinaire et son complément.

Ainsi, la Dre C._____, dans son rapport du 19 décembre 2025, ne conteste pas les diagnostics retenus par l'experte psychiatre, mais uniquement l'évaluation de la capacité de travail. Elle insiste sur l'anxiété, la fatigabilité, le risque d'attaques de panique, le manque d'endurance et les difficultés liées à une éventuelle reprise professionnelle. Ces éléments ont toutefois déjà été pris en compte par les experts, qui ont admis une réduction de la capacité de travail sur le plan psychiatrique et ont maintenu, sur le plan consensuel, une capacité globale limitée à 50% dans une activité adaptée dès juin 2024. Les difficultés concrètes liées à une reprise après une longue période d'éloignement du marché du travail peuvent certes compliquer une réadaptation, mais ne suffisent pas à établir une incapacité médico-théorique plus importante.

Il en va de même du rapport du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, du 27 janvier 2026, qui retient une incapacité totale dans toute activité en raison de l'effet cumulé des atteintes post-Covid, rhumatologiques, physiques et psychiques. Les diagnostics et limitations

évoqués par ce médecin n'ont toutefois pas été ignorés par les experts, lesquels ont précisément procédé à une appréciation pluridisciplinaire de ces différentes atteintes. Le rapport du Dr Q._____ ne fait pas état d'examen objectifs nouveaux propres à contredire l'expertise, mais propose essentiellement une appréciation globale différente. Or, une telle appréciation dépasse le seul champ de sa spécialité et relève précisément de l'évaluation consensuelle des spécialistes mandatés.

Enfin, les rapports de la Dre I._____ des 24 novembre 2025 et 24 février 2026 confirment le diagnostic de spondylarthropathie axiale et périphérique HLA-B27 négative, désormais admis par les experts, ainsi que la persistance de douleurs ostéoarticulaires. Ils ne mettent toutefois pas en évidence d'élément nouveau propre à exclure toute activité adaptée. Les experts ont déjà tenu compte de l'activité inflammatoire objectivée, des douleurs persistantes, de l'évolution thérapeutique et des rotations de traitement, en abaissant la capacité de travail rhumatologique dès novembre 2024. Dans la mesure où la rhumatologue traitante se prononce sur l'effet cumulé des atteintes rhumatologiques, psychiques et internistiques, elle dépasse en outre le seul champ rhumatologique, alors que cette appréciation globale a été effectuée dans le cadre de la discussion consensuelle. Ses remarques relatives au statut de la recourante et à l'évaluation ménagère ne relèvent enfin pas de l'appréciation médicale de la capacité de travail, mais de questions juridiques ou économiques distinctes.

Ces rapports ne mettent ainsi pas en évidence d'élément médical objectivement nouveau, de lacune déterminante dans l'expertise ou son complément, ni d'incohérence propre à faire douter du bien-fondé des conclusions de B._____.

7.4. Il résulte de ce qui précède que les rapports médicaux produits par la recourante confirment pour une large part les diagnostics et limitations retenus par les experts, tandis que les avis plus restrictifs de ses médecins traitants ne mettent pas en évidence d'élément objectif ignoré par B._____, ni de contradiction propre à faire douter du bien-fondé de l'expertise pluridisciplinaire et de son complément.

Partant, il y a lieu de s'en tenir aux conclusions des experts et de retenir que la recourante présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 20 janvier 2014. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail a été nulle pendant six à neuf mois dès le 20 janvier 2014, puis de 50% jusqu'en décembre 2021. Elle a ensuite été nulle de décembre 2021 à mai 2024, avant de s'établir à nouveau à 50 % dès juin 2024.

La décision attaquée doit dès lors être confirmée sur ce point.

8.

La recourante reproche ensuite à l'OAI d'avoir appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité plutôt que la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Elle fait valoir que l'autorité intimée ne pouvait pas se fonder, dans le cadre de la présente procédure, sur les déclarations recueillies lors de l'enquête ménagère du 21 novembre 2017, ni sur son inscription au chômage en 2009 pour une activité à 50%, sans examiner concrètement l'évolution de sa situation personnelle, familiale et économique jusqu'au prononcé de la décision litigieuse.

8.1. Ce grief est fondé. Il convient en effet de rappeler que, pour déterminer la méthode applicable, il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. *supra* consid. 3.2.4). Or, cette question doit être tranchée tenant compte de

l'évolution de la situation jusqu'au moment du prononcé de la décision litigieuse (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2).

Il s'ensuit que le statut de la personne assurée ne saurait être figé une fois pour toutes sur la base d'une déclaration faite à un moment où la situation familiale imposait une présence accrue au foyer. Une déclaration ancienne, faite au moment du dépôt d'une première demande, peut certes constituer un indice pertinent, mais elle ne dispense pas l'autorité d'examiner si les circonstances déterminantes se sont modifiées par la suite. Tel est tout particulièrement le cas lorsque plusieurs années se sont écoulées, que les enfants ont grandi et que la charge éducative et organisationnelle du ménage a diminué.

8.2. En l'espèce, l'OAI s'est exclusivement fondé sur les déclarations faites par la recourante lors de l'enquête économique sur le ménage du 21 novembre 2017. À cette époque, la recourante avait indiqué que, sans atteinte à la santé, elle chercherait à exercer une activité professionnelle à un taux de 50%. Or, au moment de cette enquête, la situation familiale était sensiblement différente de celle qui prévalait au moment de la décision litigieuse. Les deux enfants de la recourante, nés respectivement en novembre 2005 et en août 2012, étaient alors âgés d'environ 12 ans et 5 ans. Le plus jeune enfant n'était donc encore qu'au début de sa scolarité obligatoire et nécessitait objectivement une présence parentale importante. Dans ce contexte, il n'était pas étonnant que la recourante ait pu envisager, à cette époque, une reprise d'activité seulement à temps partiel.

Cette situation avait toutefois évolué de manière significative au moment de la seconde demande et, plus encore, au moment de la décision litigieuse. Lorsque la recourante a rempli le questionnaire relatif au statut de la personne assurée du 22 mars 2021 (dossier OAI, p. 417), ses enfants étaient déjà âgés d'environ 15 ans et 8 ans. Elle y a indiqué qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à plein temps. Cette déclaration, plus récente que celle de 2017, ne pouvait pas être écartée sans discussion, d'autant qu'elle correspondait à une évolution objectivement plausible de la situation familiale. Au moment de la décision attaquée, en février 2026, les enfants étaient âgés d'environ 20 ans et 13 ans. L'aîné était ainsi majeur et presque pleinement autonome, tandis que le cadet avait atteint l'âge du degré secondaire. À ce stade, la charge éducative quotidienne n'était manifestement plus comparable à celle existant en 2017, lorsque le plus jeune enfant avait 5 ans.

8.3. Dans ces circonstances, l'OAI ne pouvait pas simplement reprendre le statut retenu lors de la première procédure AI. Le fait que la méthode mixte ait alors été admise, y compris par le Tribunal cantonal, sur la base de la situation familiale de l'époque, ne permettait pas de retenir une présomption que la recourante aurait durablement maintenu une activité lucrative limitée à 50%. Une telle présomption est d'autant moins justifiée que l'évolution ordinaire de la vie familiale conduit fréquemment les parents ayant réduit leur activité pour s'occuper de jeunes enfants à augmenter progressivement leur taux d'activité lorsque ceux-ci grandissent, deviennent plus autonomes et nécessitent moins de prise en charge quotidienne.

L'âge des enfants constituait ainsi un élément central de l'analyse. Il devait conduire l'autorité intimée à examiner de manière concrète si la recourante aurait, en bonne santé, augmenté son taux d'activité entre 2017 et 2026. Or, il ne ressort pas du dossier que cette question ait été instruite avec l'attention requise. Lors de la seconde enquête ménagère, l'enquêteur ne paraît pas avoir interrogé spécifiquement la recourante sur l'évolution de son statut hypothétique, ni sur les raisons pour lesquelles elle aurait maintenu ou augmenté son taux d'activité compte tenu de l'âge actuel de ses

enfants. Il ne ressort pas davantage du rapport que l'enquêteur aurait confronté la déclaration de 2017 à celle, postérieure, du questionnaire du 22 mars 2021, dans lequel la recourante indiquait vouloir travailler à plein temps en l'absence d'atteinte à la santé.

Une telle omission est problématique. La question n'était pas seulement de savoir ce que la recourante avait déclaré plusieurs années auparavant, mais bien ce qu'elle aurait fait au moment déterminant si elle avait été valide. L'OAI devait ainsi tenir compte de l'ensemble de l'évolution intervenue depuis la première enquête, en particulier du passage du cadet de la petite enfance à l'adolescence, de l'autonomie accrue de l'aîné, de la formation et des compétences de la recourante, ainsi que de la situation économique du ménage. À cet égard, la recourante dispose d'une formation universitaire acquise à l'étranger, de compétences linguistiques et informatiques, ainsi que d'une formation en comptabilité obtenue dans le cadre de mesures AI. Ces éléments pouvaient appuyer l'hypothèse d'une volonté de réintégration professionnelle accrue, à tout le moins lorsque les obligations familiales directes diminuaient.

Il faut encore relever que l'inscription au chômage en 2009 pour une activité à 50% ne permettait pas davantage de justifier le maintien du statut mixte en 2026. Cette inscription est encore plus ancienne et remonte à une période antérieure à plusieurs événements déterminants de la vie familiale et médicale de la recourante. Elle ne saurait, en aucun cas, établir ce qu'aurait été son taux d'activité hypothétique près de dix-sept ans plus tard. Elle ne dispense en particulier pas l'autorité d'examiner si, compte tenu de l'évolution de la famille, de l'âge des enfants, de la situation financière du ménage et des perspectives professionnelles de l'assurée, celle-ci aurait augmenté son taux d'activité.

8.4. Pour sa part, la Cour relève que, dans le questionnaire relatif au statut de la personne assurée du 22 mars 2021 (dossier OAI, p. 416), la recourante a expressément indiqué qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle exercerait dorénavant une activité lucrative à plein temps en tant que comptable. Cette déclaration s'inscrit dans une évolution objectivement plausible de la situation familiale, les enfants de la recourante ayant entre-temps grandi et la charge éducative ayant diminué. Il n'existe pas d'élément suffisamment probant permettant de l'écarter.

Il y a dès lors lieu de s'en tenir à cette déclaration et de retenir que la recourante aurait exercé une activité lucrative à 100% si elle avait été en bonne santé. Dans ces conditions, l'application de la méthode mixte n'entre pas en considération et l'invalidité doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

Le grief de la recourante relatif à la méthode d'évaluation retenue par l'OAI s'avère ainsi bien fondé. Le recours doit dès lors être admis sur ce point. Pour ce motif, les griefs subsidiaires soulevés par la recourante à l'encontre de l'enquête ménagère, de même que la question de la nécessité d'une éventuelle nouvelle enquête ménagère, n'ont plus à être examinés.

9.

Dès lors que la recourante doit être considérée comme une personne qui aurait exercé une activité lucrative à plein temps si elle avait été en bonne santé, l'invalidité doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

9.1. Dans ce cadre, il y a lieu de comparer le revenu que la recourante aurait pu réaliser sans atteinte à la santé avec celui qu'elle pourrait encore obtenir dans une activité adaptée, compte tenu de sa capacité de travail résiduelle.

À cet égard, la recourante ne conteste pas spécifiquement la méthode de comparaison des revenus appliquée par l'OAI s'agissant de la part lucrative, ni les données statistiques retenues pour déterminer les revenus avec et sans invalidité. Elle ne fait pas davantage valoir que le revenu statistique choisi ne correspondrait pas à son profil professionnel ou aux limitations fonctionnelles retenues. La Cour ne voit pas non plus en quoi il y aurait lieu de s'en éloigner.

9.2. Pour la période antérieure à l'aggravation intervenue fin décembre 2021, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était de 50%.

L'OAI s'est fondé à juste titre sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2020, en adaptant le revenu statistique à la durée usuelle du travail et à l'évolution des salaires nominaux. Il a ainsi retenu un revenu sans invalidité, dans l'activité de caissière, de CHF 55'606.80. S'agissant du revenu avec invalidité, il a retenu un revenu statistique de CHF 53'813.95 dans une activité adaptée. Compte tenu d'une capacité de travail de 50%, le revenu annuel avec invalidité s'élève à CHF 26'907.-. À l'instar de l'OAI, il n'y a pas lieu d'opérer une déduction supplémentaire au titre du désavantage salarial.

La comparaison de ces deux montants fait apparaître une perte de gain de CHF 28'699.80, correspondant à un degré d'invalidité de 51.61%. Ce taux est supérieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Compte tenu du dépôt de la nouvelle demande le 10 septembre 2020, le droit à la rente ne peut toutefois prendre naissance au plus tôt que six mois plus tard, soit le 1^{er} mars 2021 (art. 29 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, la recourante a ainsi droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2021 (pour le droit transitoire, cf. *supra* consid. 2).

9.3. Dès le 1^{er} avril 2022, soit trois mois après l'aggravation de la capacité de gain (art. 88a al. 2 RAI), la recourante présente un degré d'invalidité de 100%, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité (art. 28b al. 3 LAI).

Cette incapacité totale a perduré jusqu'à la fin du mois de mai 2024. Les experts ont ensuite retenu une amélioration de l'état de santé, avec une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès juin 2024. Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, une amélioration de la capacité de gain doit être prise en considération lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et qu'elle est appelée à se maintenir. Cette amélioration déploie ainsi ses effets dès le 1^{er} septembre 2024. La rente entière est donc due jusqu'au 31 août 2024.

9.4. Dès le 1^{er} septembre 2024, il convient de procéder à une nouvelle comparaison des revenus, en tenant compte de la capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée et des données statistiques actualisées.

S'agissant du revenu sans invalidité, fondé sur l'Enquête suisse des salaires 2022, et adapté à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2024 et à la durée usuelle du travail, il s'élève à CHF 58'691.70.

Pour le revenu avec invalidité, l'OAI a retenu, sur la base des données statistiques applicables, un revenu de CHF 28'530.25 pour une activité exercée à 50%. Conformément toutefois à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur applicable dès le 1^{er} janvier 2024, une déduction de 20% doit être opérée

lorsque, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50% ou moins. Le revenu avec invalidité déterminant s'élève ainsi à CHF 22'824.20.

La comparaison avec le revenu sans invalidité met ainsi en évidence une perte de gain de CHF 35'867.50, correspondant à un degré d'invalidité de 61.11%. En application de l'art. 28b LAI, ce taux ouvre droit à une rente correspondant à 61% d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2024.

10.

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis au sens des considérants.

En application de la méthode de comparaison des revenus, la recourante présente un degré d'invalidité de 51.61% dès le 1^{er} mars 2021, de 100% dès le 1^{er} avril 2022, puis de 61.11% dès le 1^{er} septembre 2024.

Partant, elle a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 31 mars 2022, à une rente entière du 1^{er} avril 2022 au 31 août 2024, puis à une rente correspondant à 61% d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2024.

11.

11.1. La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais judiciaires. Ceux-ci sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, il se justifie d'arrêter les frais de procédure à CHF 800.- conformément à la disposition précitée et aux art. 1 et 2 du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 sur les frais de procédure et les indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). Vu l'issue de la cause, ils sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante le 31 mars 2026 lui est restituée.

11.2. La recourante, qui obtient gain de cause et a fait appel aux services d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de partie pour les frais nécessaires engagés pour la défense de ses intérêts (art. 137 CPJA).

Selon la jurisprudence rendue en matière de rentes, lorsque le montant d'une prestation est litigieux, le fait que l'assuré n'obtienne qu'une rente partielle ou une rente inférieure à celle demandée ne justifie une réduction de l'indemnité de partie que si les conclusions chiffrées prises dans le recours ont influencé la charge de la procédure (cf. arrêt TF 9C_466/2007 du 25 janvier 2008 consid. 5). En d'autres termes, lorsque le droit à une rente constitue l'objet du litige, le simple fait que la rente finalement octroyée ne corresponde pas entièrement aux conclusions prises ne commande pas encore une réduction des dépens.

En l'espèce, la procédure portait principalement sur l'évaluation de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail ainsi que sur la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable. La recourante obtient gain de cause en raison de l'application erronée de la méthode mixte par l'OAI. La quotité exacte de la rente finalement reconnue n'a pas influencé de manière déterminante la charge de la procédure. Il ne se justifie dès lors pas de réduire l'indemnité de partie.

Cela étant, conformément à l'art. 8 al. 1 Tarif JA, les honoraires alloués pour la représentation ou l'assistance d'une partie sont fixés entre CHF 200.- et CHF 10'000.-. Dans les affaires présentant une ampleur ou une complexité particulière, ce plafond peut être porté à CHF 40'000.-. La fixation des honoraires dus à titre de dépens s'effectue sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. Quant aux débours nécessaires à la conduite de l'affaire, ils sont remboursés au prix coûtant (art. 9 al. 1 Tarif JA). Les photocopies effectuées par le mandataire sont indemnisées à raison de CHF 0.40 par copie isolée (art. 9 al. 2 Tarif JA).

La liste de frais produite par le mandataire de la recourante fait état de 11 heures et 18 minutes de travail, ce qui apparaît raisonnable compte tenu de l'activité déployée et de l'ampleur du dossier. Au tarif horaire de CHF 250.-, les honoraires s'élèvent ainsi à CHF 2'825.05. À cela s'ajoutent des débours de CHF 39.10 correspondant aux frais d'envoi et de copies, soit un total intermédiaire de CHF 2'864.15.

Le supplément de TVA de 8.1 % sur ce montant s'élève à CHF 232.-. Partant, une indemnité de partie de CHF 3'096.15, TVA et débours compris, est allouée à la recourante, à verser directement à son mandataire. Elle est mise à la charge de l'OAI.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est admis au sens des considérants.
 - A. _____ a droit à une à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 31 mars 2022, à une rente entière du 1^{er} avril 2022 au 31 août 2024, puis à une rente correspondant à 61% d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2024.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

L'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui est restituée.
- III. Une indemnité de partie de CHF 3'096.15 (dont CHF 232.- de TVA au taux de 8.1%) est allouée à la recourante, à verser à Me Charles Guerry. Elle est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
- IV. Notification.

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

Fribourg, le 19 juin 2026/jud

La Présidente

Le Greffier-rapporteur