



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 164

Arrêt du 14 juillet 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente :	Daniela Kiener
Juges :	Johannes Frölicher, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur :	Michel Bays

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Giuliano Scuderi, avocat,
Morgia Avocats

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Demande de prestations, expertises
psychiatriques, valeur probante

Recours du 26 septembre 2025 contre la décision du 28 août 2025

considérant en fait

A. A._____, né en 1971, marié, père d'une fille née en 2022 ainsi que d'une fille née en 2009 issue d'une précédente union, était domicilié à B._____ jusqu'en 2023, puis à C._____. Sans formation professionnelle certifiée (CFC), il a exercé durant de nombreuses années diverses activités dans la restauration, notamment comme gérant ou responsable d'établissement. Il a travaillé en dernier lieu comme gérant d'un restaurant à C._____, activité qu'il a quittée à la fin décembre 2022 à la suite de la fermeture de l'entreprise pour des motifs économiques.

B. L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 mai 2022 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en faisant valoir une incapacité de travail médicalement attestée depuis le 18 octobre 2021, en raison d'un épuisement psychique et d'un état dépressif. Le dossier fait également état de troubles anxieux, de malaises récurrents, de troubles visuels et de migraines avec aura. Une reprise de travail à 50% en 2022 avait échoué.

L'assureur perte de gain D._____ SA a mis fin au versement des indemnités journalières, considérant que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} avril 2023 sur la base de l'avis de son médecin-conseil.

C. Après avoir recueilli le dossier de l'assureur perte de gain, les rapports des médecins traitants ainsi que divers rapports spécialisés, notamment neurologiques, psychiatriques et neuro-ophtalmologiques, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès de E._____ Sàrl, dont le rapport est daté du 5 novembre 2024. Cette expertise a ensuite été examinée par le Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), qui s'est déterminé le 21 juillet 2025.

Par décision du 28 août 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations, confirmant son projet de décision du 19 avril 2024, contre lequel l'assuré avait présenté des objections le 18 juin 2024.

L'OAI a considéré l'expertise de E._____ comme pleinement probante. Celle-ci concluait à l'absence d'atteinte neurologique ou psychiatrique invalidante et retenait une capacité de travail entière dans l'activité habituelle comme dans toute activité adaptée. Les experts ont notamment relevé une discordance entre les plaintes exprimées et les constatations objectives, attribuant les difficultés alléguées essentiellement à des facteurs extra-médicaux, notamment la précarité économique, les difficultés familiales et les conflits personnels. Le SMR a partagé cette appréciation et l'OAI a dès lors conclu à l'absence d'invalidité ouvrant droit à une rente.

D. Contre cette décision, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal le 26 septembre 2025. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il requiert notamment la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, faisant valoir que les conclusions de E._____ seraient contredites par les rapports de ses médecins traitants ainsi que par les hospitalisations psychiatriques intervenues depuis 2023.

À l'appui de ses conclusions, le recourant se plaint en substance d'une violation du principe inquisitoire et de son droit d'être entendu, ainsi que d'une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents. Sur le fond, il fait valoir que l'OAI s'est fondé à tort sur l'expertise bidisciplinaire de

E. _____, laquelle ne serait pas probante. Il reproche en particulier aux experts de s'être limités à un examen ponctuel sans prendre contact avec ses médecins traitants ni avec les établissements ayant assuré ses suivis hospitaliers. Selon lui, les experts n'ont pas tenu compte de manière adéquate des nombreux diagnostics divergents posés antérieurement (dépression, troubles de la personnalité, troubles anxio-dépressifs), ni motivé les raisons pour lesquelles ils les écartaient. Le recourant souligne que plusieurs médecins ont retenu l'existence d'une atteinte psychique et qu'il a fait l'objet de plusieurs hospitalisations en lien avec des idées suicidaires, ce qui attesterait d'une souffrance importante, d'une chronicité des troubles et de leur caractère potentiellement invalidant. Il reproche en outre aux experts d'avoir ignoré ces éléments au profit de leurs seules constatations cliniques, réalisées lors d'un unique entretien, sans disposer des informations de ces médecins traitants, sans prendre en compte la variabilité de son état ni l'influence éventuelle du traitement médicamenteux au moment de leur examen. Il conteste également l'appréciation du SMR, qui a confirmé les conclusions de l'expertise de E. _____, tout en écartant, selon lui de manière arbitraire, les diagnostics posés lors de ses hospitalisations et par ses médecins traitants. Il fait encore valoir que des faits médicaux postérieurs à l'expertise, notamment une nouvelle hospitalisation en 2025 avec diagnostic de trouble affectif bipolaire et un placement à des fins d'assistance (PLAFA), démontrent une aggravation de son état et auraient dû conduire à une instruction complémentaire.

E. Dans sa réponse du 15 octobre 2025, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que l'expertise de E. _____, jugée claire, complète et confirmée par l'avis du SMR, retient l'absence d'atteinte psychiatrique ou neurologique invalidante. Les éléments médicaux postérieurs, y compris l'hospitalisation à F. _____ et le PLAFA, ne remettent selon l'OAI pas en cause cette appréciation. A son avis, faute de symptômes objectivés, les difficultés du recourant relèvent de facteurs extra-médicaux, de sorte que sa capacité de travail est entière.

F. Dans ses contre-observations spontanées du 29 octobre 2025, le recourant reproche à l'OAI de ne pas motiver – une nouvelle fois – la mise à l'écart des diagnostics posés par les médecins traitants et hospitaliers, se limitant à se fonder sur l'expertise. Il fait en outre valoir une intervention cardiaque en octobre 2025, ignorée par l'OAI, ainsi que des troubles cardiaques antérieurs susceptibles d'expliquer certains symptômes, nécessitant selon lui des investigations complémentaires.

G. Dans sa détermination du 20 novembre 2025, l'OAI relève que les problèmes cardiaques invoqués, liés à une hospitalisation du 2 octobre 2025, ne permettent pas, en l'état du dossier, d'établir un lien avec les migraines ni d'en déterminer l'impact sur la capacité de travail. Il considère cet élément comme un fait nouveau postérieur à la décision attaquée, relevant d'une éventuelle procédure de révision.

H. Le 27 novembre 2025, le recourant produit un nouveau rapport psychiatrique faisant état d'une péjoration de son état depuis novembre 2024, avec un tableau dépressif sévère marqué par une humeur basse, des idées suicidaires, des troubles cognitifs et une importante détresse psychique. Le psychiatre retient un épisode dépressif sévère, possiblement dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent ou bipolaire, et estime que ces éléments remettent en cause la décision de l'OAI, faute d'explication quant au rejet de ce diagnostic.

I. Le 30 mars 2026, le recourant produit une expertise judiciaire réalisée dans le cadre d'une procédure judiciaire en assurance perte de gain devant le Tribunal d'arrondissement de G. _____ (canton de V. _____), concluant à des troubles dépressifs récurrents avec anxiété et limitations

psychiatriques modérées, entraînant une incapacité totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée. Il soutient que cette expertise contredit celle de E._____.

J. Dans sa détermination du 22 avril 2026, l'OAI, se fondant sur un nouvel avis du SMR, maintient sa position et conclut au rejet du recours. Il considère que l'expertise bidisciplinaire de 2024 demeure pleinement probante et n'est pas remise en cause par l'expertise judiciaire de février 2026, laquelle repose sur une appréciation divergente sans éléments objectivement nouveaux. Il relève en outre l'absence d'aggravation significative, le rôle prépondérant de facteurs extra-médicaux et le défaut de valeur probante du rapport du psychiatre traitant, de sorte qu'aucune atteinte invalidante durable n'est établie.

K. Il sera fait état des arguments des parties, invoquées 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 un assuré, directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

S'agissant de la compétence à raison du lieu, selon l'art. 55 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ainsi que l'art. 40 al. 1 let. a et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), l'office AI compétent est celui du secteur d'activité dans lequel l'assuré est domicilié lors de l'enregistrement et cette compétence demeure durant toute la procédure. En conséquence, dans la mesure où le recourant était domicilié dans le canton de Fribourg au moment de l'enregistrement de sa demande, c'est l'OAI de ce canton qui était compétent de rendre la décision attaquée et c'est également le Tribunal cantonal du canton de Fribourg qui est compétent pour connaître du recours déposé contre celle-ci (art. 69 al. 1 ch. a LAI).

L'avance de frais ayant été versée dans le délai imparti, la Cour peut entrer en matière sur les mérites du recours.

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), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'at. 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.

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).

2.3. 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 d'une 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

claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

3.

3.1. Après avoir recueilli les renseignements des médecins traitants et s'être fait remettre le dossier de l'assureur perte de gain, lequel contenait notamment une expertise psychiatrique du 23 février 2023 du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et expert certifié SIM, concluant à l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante et à une capacité de travail entière (doss. OAI p. 324 ss), l'OAI a rendu un projet de décision de refus de prestation. À la suite de plusieurs hospitalisations psychiatriques intervenues en 2023, notamment à I._____, (doss. OAI p. 390 ss), à J._____, (doss. OAI p. 388 ss) et à K._____, (doss. OAI p. 534 ss), ainsi que de la production de rapports complémentaires du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale (notamment doss. OAI p. 343 ss) et des thérapeutes de l'institut M._____ SA, soit la Dre N._____, médecin assistante en psychiatrie, et le psychologue O._____, psychologue FSP (doss. OAI p. 356 ss; voir également p. 355), l'OAI a estimé nécessaire de compléter l'instruction et a confié une expertise bidisciplinaire à E._____, réalisée par le Dr P._____, spécialiste en neurologie, et la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux experts certifiés SIM. Dans leur rapport du 5 novembre 2024 (doss OAI p. 541), ces experts ont retenu l'absence d'atteinte psychiatrique ou neurologique de nature invalidante et une pleine capacité de travail. Se fondant sur ces conclusions, confirmées par le SMR dans son avis du 21 juillet 2025, l'OAI a rendu la décision litigieuse refusant le droit aux prestations.

3.2. Dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a produit une expertise judiciaire datée du 12 février 2026, établie par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et expert certifié SIM, sur mandat du Tribunal d'arrondissement de G._____ (canton de V._____), dans le cadre d'une procédure l'opposant à son assureur perte de gain en cas de maladie et portant sur son état de santé psychique.

3.3. La Cour examine ainsi en premier lieu la valeur probante de l'expertise judiciaire du Dr R._____, versée au dossier en instance de recours, et la question de savoir si elle est de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise de E._____ sur lesquelles l'OAI s'est fondé pour nier l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. Elle relève à cet égard qu'il s'agit d'une expertise judiciaire, ordonnée par le Tribunal d'arrondissement de G._____ dans le cadre d'une procédure relative aux indemnités journalières opposant le recourant à l'assureur perte de gain.

3.3.1. L'expert a fondé son appréciation sur l'examen du dossier médical, comprenant notamment les rapports des médecins traitants, les rapports d'hospitalisation, les avis des médecins-conseil de l'assureur perte de gain D._____ SA et l'expertise psychiatrique réalisée précédemment par le Dr H._____. Il a en outre procédé à un entretien clinique d'une durée de trois heures avec l'assuré, à un examen psychiatrique détaillé ainsi qu'à plusieurs investigations psychométriques standardisées. Ont ainsi été administrés les matrices progressives de Raven pour l'évaluation des performances intellectuelles, les questionnaires DETA et AUDIT relatifs à une éventuelle consommation problématique d'alcool, l'échelle de dépression de Hamilton (HAMD-17), l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA), l'échelle de dépistage des troubles bipolaires de Hirschfeld, l'échelle d'évaluation de la manie de Young ainsi que l'échelle CGI (Clinical Global Impression) de Guy. L'expert a encore évalué les limitations fonctionnelles selon la méthode Mini-ICF-APP.

Après avoir retracé l'évolution médicale de l'assuré depuis son arrêt de travail du 18 octobre 2021, l'expert relève que celui-ci présente depuis cette période une symptomatologie anxio-dépressive persistante dans un contexte de difficultés professionnelles, financières et familiales. Il expose que plusieurs hospitalisations psychiatriques sont intervenues à partir de l'année 2023 en raison d'une péjoration de l'état psychique accompagnée d'idées suicidaires, tandis que les différents intervenants médicaux ont retenu des diagnostics parfois divergents.

Lors de son examen clinique, l'expert observe chez l'assuré une humeur durablement abaissée, un faciès triste, une anhédonie partielle mais significative, une fatigabilité importante, un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles de l'attention et de la concentration, une diminution de l'estime de soi, des troubles du sommeil ainsi qu'une anxiété généralisée cliniquement significative. Il relève également la présence d'idées passives de mort sans projet suicidaire actuel. Il constate en revanche l'absence de symptômes psychotiques, d'hallucinations, d'idées délirantes ou de troubles formels de la pensée.

Les résultats des examens psychométriques sont décrits comme concordants avec les constatations cliniques. L'échelle de dépression de Hamilton met en évidence un score de 22 points, correspondant à une dépression modérée. L'échelle de Young aboutit à un score de 0, ce qui exclut selon l'expert la présence d'un état maniaque ou hypomaniaque. Quant à l'échelle CGI, elle situe l'assuré dans la catégorie des patients modérément malades et ne met en évidence aucune amélioration notable de l'état psychique depuis octobre 2021.

Sur le plan diagnostique, ce spécialiste retient l'existence d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11) ainsi que d'un trouble anxieux généralisé (F41.1), présents selon lui depuis octobre 2021 et ayant une incidence directe sur la capacité de travail. Il diagnostique en outre un trouble mixte de la personnalité dépendante et anxieuse (F61.0), présent depuis le début de l'âge adulte. Il précise toutefois que cette affection ne possède pas en elle-même de caractère incapacitant, même si elle constitue un facteur de vulnérabilité susceptible d'augmenter le risque de décompensation dépressive.

L'expert discute expressément le diagnostic de trouble bipolaire de type II évoqué dans certains documents médicaux plus récents. Après examen de l'anamnèse, des données cliniques et des résultats des tests psychométriques, il considère que les critères diagnostiques d'un épisode hypomaniaque au sens de la CIM-10 ne sont pas réalisés. Il relève notamment que l'assuré ne décrit aucune véritable phase haute présentant une intensité et une durée suffisantes pour justifier un tel diagnostic. Le trouble bipolaire est dès lors écarté.

Le psychiatre s'écarte également des conclusions de l'expertise du Dr H. _____, qui avait nié l'existence de toute atteinte psychiatrique ayant valeur de maladie. Il estime au contraire que les critères diagnostiques du trouble dépressif récurrent moyen sont pleinement réalisés et que les limitations fonctionnelles observées lors de l'examen clinique, les résultats des tests psychométriques et les nombreuses prises en charge psychiatriques figurant au dossier ne sont pas compatibles avec l'absence d'atteinte psychiatrique retenue précédemment. Il souligne en particulier que les hospitalisations psychiatriques intervenues en 2023 apparaissent difficilement conciliables avec l'hypothèse de l'absence de tout trouble psychiatrique ou d'un simple trouble de l'adaptation de faible intensité.

Sur le plan fonctionnel, l'expert retient des limitations modérées mais significatives consistant notamment en un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et de l'attention,

une diminution de l'initiative, une endurance psychique réduite, une moindre capacité d'adaptation au stress ainsi que des difficultés relationnelles. L'évaluation Mini-ICF-APP met en évidence des limitations de degré moyen dans la plupart des domaines examinés, en particulier en matière de planification, d'adaptation, d'endurance, de prise de décision, d'affirmation de soi et de relations interpersonnelles, l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe étant même qualifiée de gravement atteinte.

Enfin, l'expert considère que les plaintes de l'assuré apparaissent globalement cohérentes avec les constatations objectives. Il relève une concordance entre les symptômes décrits, l'examen clinique, les résultats des tests psychométriques et le mode de vie de l'intéressé. Il exclut toute exagération volontaire ou simulation et souligne au contraire l'authenticité des déclarations de l'assuré ainsi que la stabilité de son fonctionnement quotidien depuis octobre 2021.

Sur cette base, l'expert conclut à une incapacité totale de travail dans la dernière activité exercée depuis octobre 2021, celle-ci étant jugée trop exigeante sur les plans cognitif et relationnel. Il estime en revanche qu'une activité adaptée, simple sur le plan intellectuel, ne comportant ni tâches administratives complexes ni contacts directs avec la clientèle ou interactions sociales particulièrement stressantes, demeure exigible à hauteur de 50%, soit environ 4,5 heures par jour, sans baisse supplémentaire de rendement pendant le temps de présence. Selon lui, cette capacité de travail de 50% est demeurée inchangée depuis octobre 2021. Il considère en outre que le pronostic pourrait être amélioré par une intensification du suivi psychiatrique et une adaptation du traitement antidépresseur.

3.3.2. Sur le plan formel, cette expertise satisfait aux exigences jurisprudentielles.

Elle a été établie à la demande d'une autorité judiciaire par un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, expert SIM. Elle repose sur une analyse du dossier comprenant notamment les rapports du Dr L._____ des 16 mai 2022 (doss. OAI p. 20 et 108), 8 juin 2022 (doss. OAI p. 97), 13 décembre 2022 (doss. OAI p. 148), 28 avril 2023 (doss. OAI p. 343 ss) et 8 novembre 2023 (doss. OAI p. 387), le rapport neurologique du Dr S._____ du 4 juillet 2023 (doss. OAI p. 304 ss), l'expertise du Dr H._____ du 23 février 2023 (doss. OAI p. 324 ss), les rapports de l'institut M._____ SA du 13 décembre 2023 (doss. OAI p. 356 ss) ainsi que les rapports d'hospitalisation psychiatrique de T._____ et de U._____ (doss. OAI p. 388 ss et 390 ss).

L'expert a procédé à un examen clinique approfondi, à plusieurs tests psychométriques standardisés, à une évaluation Mini-ICF-APP et à une discussion détaillée des avis médicaux contradictoires. Ses diagnostics, son appréciation fonctionnelle et son évaluation de la capacité de travail sont motivés de manière circonstanciée.

Certes, il n'apparaît pas qu'il ait contacté personnellement les médecins traitants. Toutefois, cette circonstance n'exclut pas à elle seule la valeur probante du rapport dès lors que les principaux rapports médicaux figurant au dossier ont été analysés et discutés. Rien ne permet dès lors de retenir un vice formel susceptible de priver l'expertise de sa force probante.

3.3.3. Au niveau matériel, la Cour constate tout d'abord que les conclusions du Dr R._____ ne constituent pas une appréciation isolée au sein du dossier médical.

Dès le début de l'incapacité de travail, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, attestait une incapacité totale de travail dès le 18 octobre 2021 (doss. OAI p. 47), prolongée à de nombreuses reprises par la suite (doss. OAI p. 33, 36, 30, 26, 24, 75, 77, 80, 168 et 345). Dans son

rapport du 16 mai 2022, il retenait déjà un épisode dépressif (F32) associé à un épuisement psychique et physique évoluant depuis mai 2021 dans un contexte de surcharge de stress, avec manque d'entrain, fatigue, fatigabilité, troubles de la concentration et de la mémoire (doss. OAI p. 20 et 108). Dans son rapport du 8 juin 2022, il précisait encore que les symptômes comprenaient des malaises présyncopaux, des paresthésies plurifocales, des engourdissements du membre supérieur droit, des migraines avec aura ophtalmique, une fatigabilité importante ainsi que des troubles de la concentration (doss. OAI p. 97). Enfin, le 13 décembre 2022, il constatait l'échec de la reprise du travail à 50% tentée entre mai et septembre 2022 en raison de la persistance de malaises, troubles visuels, céphalées, fatigue et mauvaise tolérance au stress (doss. OAI p. 146).

Le Dr S._____, spécialiste en neurologie, relevait pour sa part déjà dans son rapport du 18 août 2020 un état anxieux important (doss. OAI p. 67 ss). Dans son rapport du 4 juillet 2023, il indiquait que la symptomatologie observée dépassait largement l'expression d'une simple migraine avec aura et retenait comme hypothèse principale un syndrome anxieux avec manifestations neurovégétatives et visuelles, associé à une asthénie importante, des troubles du sommeil, des angoisses et des ruminations (doss. OAI p. 305-306).

Ainsi, avant même les hospitalisations psychiatriques, plusieurs médecins de spécialités différentes décrivaient de manière convergente une symptomatologie anxieuse et dépressive durable. Cette évolution apparaît davantage compatible avec les constatations du Dr R._____ qu'avec l'absence totale de pathologie retenue par le Dr H._____ puis par les experts de E._____.

Un élément important réside également dans l'évolution postérieure à l'expertise du Dr H._____. Celui-ci concluait le 23 février 2023 à l'absence de toute atteinte psychiatrique ayant valeur de maladie, à l'absence de limitations fonctionnelles et à une pleine capacité de travail (doss. OAI p. 335-336). Or, quelques mois plus tard seulement, l'assuré était hospitalisé à T._____ du 5 au 23 juin 2023 avant de bénéficier d'un suivi psychiatrique ambulatoire du 28 juin au 4 août 2023 (doss. OAI p. 390 ss). Les médecins y faisaient état d'une péjoration thymique avec idéation suicidaire scénarisée, d'une humeur abaissée, d'une anhédonie, de troubles du sommeil, d'irritabilité et de pensées suicidaires persistantes. Selon ces praticiens, l'assuré souffrait très probablement d'un syndrome anxio-dépressif évoluant depuis février-mars 2021 et dont l'évolution était marquée par des fluctuations en lien avec divers facteurs de stress professionnels et personnels (doss. OAI p. 390-394).

Par la suite, J._____ a retenu comme diagnostic principal un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques au terme du séjour du 3 au 16 octobre 2023 (doss. OAI p. 388 ss).

La Dre N._____, médecin assistante en psychiatrie, et le psychologue O._____ de l'institut M._____ SA ont également retenu un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), un suivi psychiatrique mensuel et psychothérapeutique hebdomadaire ainsi que diverses limitations fonctionnelles importantes comprenant notamment une hypersensibilité au stress, des difficultés de concentration, des troubles attentionnels, des difficultés organisationnelles, une fatigabilité accrue, des blocages cognitifs liés à l'anxiété et plusieurs épisodes de décompensation psychiatrique avec risque suicidaire (doss. OAI p. 352-355 et 356-362).

Ces constatations présentent un poids particulier dès lors qu'elles ne reposent pas sur un entretien unique mais sur des observations répétées réalisées par plusieurs institutions distinctes sur des périodes prolongées.

Le Dr L. _____ a par ailleurs maintenu son appréciation de manière particulièrement constante. Dans son courrier du 28 avril 2023, il expliquait notamment qu'en raison de sa connaissance du patient depuis plus de dix ans, il reconnaissait chez celui-ci les manifestations typiques d'un syndrome anxieux avec composante phobique visuelle et sociale, comportements d'évitement, anxiété anticipatoire et épisodes dépressifs récurrents (doss. OAI p. 343-344). Après les hospitalisations psychiatriques, il relevait encore, le 8 novembre 2023, que les risques de décompensation qu'il avait évoqués après l'expertise du Dr H. _____ s'étaient concrétisés, rappelant les deux hospitalisations psychiatriques à T. _____, le séjour à U. _____ ainsi que le diagnostic de dépression sévère avec risque suicidaire (doss. OAI p. 387).

Ainsi, même si les diagnostics retenus au cours du temps ont varié entre trouble anxieux, trouble de l'adaptation, épisode dépressif sévère, trouble bipolaire évoqué à certaines périodes ou trouble dépressif récurrent, les limitations fonctionnelles décrites apparaissent remarquablement constantes. Elles rejoignent largement celles retenues par le Dr R. _____.

3.3.4. La Cour relève également que l'expertise de ce dernier présente plusieurs caractéristiques méthodologiques renforçant sa valeur probante.

Contrairement à l'expertise de E. _____, qui repose essentiellement sur l'analyse du dossier médical et les constatations cliniques effectuées lors des examens neurologique et psychiatrique, le Dr R. _____ a complété son appréciation par une batterie importante de tests psychométriques standardisés. Il a notamment administré les matrices progressives de Raven, les questionnaires DETA et AUDIT, l'échelle de dépression de Hamilton (HAMD-17), l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA), le questionnaire de dépistage des troubles bipolaires de Hirschfeld, l'échelle de manie de Young, l'échelle CGI ainsi qu'une évaluation fonctionnelle complète selon la méthode Mini-ICF-APP.

Cette démarche a permis une objectivation supplémentaire des symptômes psychiatriques et des limitations fonctionnelles alléguées. Les résultats obtenus se révèlent cohérents avec les constatations cliniques ainsi qu'avec l'évolution médicale documentée depuis plusieurs années.

Sans être décisifs à eux seuls, ces outils psychométriques constituent des éléments complémentaires qui renforcent la crédibilité de l'appréciation de cet expert et permettent de mieux étayer ses conclusions quant aux répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués.

3.3.5. Le SMR reproche principalement au Dr R. _____ de ne pas avoir suffisamment pris en compte l'importance des facteurs psychosociaux, notamment la perte de l'emploi, les difficultés financières, les conflits conjugaux, les procédures judiciaires et la précarisation de la situation personnelle.

Ces éléments sont effectivement documentés au dossier, notamment dans les rapports de T. _____ qui mentionnent les difficultés économiques, la demande d'augmentation de la pension alimentaire ainsi que les tensions conjugales et professionnelles (doss. OAI p. 391-394).

Toutefois, la présence de facteurs psychosociaux ne suffit pas à elle seule à exclure une maladie psychiatrique. Il s'impose d'examiner si les troubles psychiques ont acquis une autonomie suffisante par rapport à ces facteurs. En l'espèce, les hospitalisations psychiatriques répétées, les épisodes suicidaires, l'instauration de traitements psychotropes soutenus, le suivi psychiatrique spécialisé et les constatations convergentes de plusieurs intervenants médicaux constituent autant d'indices d'une atteinte psychique dépassant largement le simple retentissement de difficultés existentielles.

Il est vrai que le Dr R. _____ aurait pu développer davantage certains aspects relatifs à l'influence des facteurs extra-médicaux. Cette critique ne remet cependant pas en cause le diagnostic lui-même ni la réalité des limitations fonctionnelles qu'il décrit. On relèvera du reste que l'expert n'ignore manifestement pas l'existence de ces facteurs extra-médicaux. Au contraire, ses conclusions démontrent qu'il en a tenu compte dans son appréciation globale. Même s'il retient l'existence d'un trouble dépressif récurrent moyen et d'un trouble anxieux généralisé, il ne conclut ni à une incapacité totale de travail dans toute activité ni à une atteinte psychiatrique sévère. Il admet au contraire l'exigibilité d'une activité adaptée à hauteur de 50% avec un rendement complet durant le temps de présence. Cette appréciation nuancée montre qu'il n'attribue pas l'ensemble des difficultés de l'assuré à la seule atteinte psychique, mais qu'il procède à une pondération tenant compte de l'ensemble du contexte personnel, social et professionnel. Le grief selon lequel il aurait totalement méconnu l'influence des facteurs psychosociaux n'apparaît ainsi pas fondé.

3.3.6. La Cour observe en outre que l'évolution médicale la plus récente ne tend pas à confirmer les conclusions de E. _____ selon lesquelles aucune atteinte psychiatrique significative n'aurait existé.

Les documents médicaux postérieurs à cette expertise font au contraire état de nouvelles hospitalisations psychiatriques en 2025, de diagnostics psychiatriques fluctuants comprenant notamment un trouble bipolaire, des épisodes dépressifs et une symptomatologie anxio-dépressive persistante, ainsi que de la poursuite d'un traitement spécialisé associant notamment duloxétine, olanzapine, lithium et lorazépam. Plusieurs séjours hospitaliers ont encore été motivés par des idées suicidaires, des ruminations importantes, des troubles du sommeil et une instabilité thymique nécessitant une prise en charge spécialisée.

Ces éléments ne permettent certes pas à eux seuls de démontrer que l'incapacité de travail était déjà invalidante en octobre 2021. Ils constituent toutefois des indices supplémentaires quant à la réalité et à la persistance dans le temps d'une atteinte psychique objectivable. Ils apparaissent dès lors davantage plus compatibles avec les conclusions du Dr R. _____ qu'avec la thèse de E. _____ selon laquelle les difficultés observées depuis 2021 découleraient exclusivement de facteurs psychosociaux.

3.3.7. La divergence centrale du dossier oppose les conclusions du Dr R. _____ à celles du Dr H. _____ et de l'expertise bidisciplinaire de E. _____.

L'expertise du Dr H. _____ du 23 février 2023 (doss. OAI p. 324 ss) et l'expertise de E. _____ reposent principalement sur le constat d'une discordance entre les plaintes exprimées et le comportement observé lors de l'examen, ainsi que sur une absence de plausibilité suffisante des symptômes allégués.

Toutefois, cette appréciation apparaît difficilement conciliable avec l'évolution clinique ultérieure. Lorsque le Dr H. _____ a rendu son expertise, aucune hospitalisation psychiatrique n'était encore intervenue. Quelques mois plus tard, plusieurs établissements psychiatriques indépendants jugeaient pourtant nécessaire une hospitalisation dans un contexte d'idéation suicidaire, de trouble dépressif et de risque de décompensation.

L'expertise du Dr H. _____ conserve certes une valeur intrinsèque importante. Toutefois, sa conclusion selon laquelle l'assuré n'aurait vraisemblablement jamais présenté d'atteinte

psychiatrique significative depuis 2021 apparaît aujourd'hui sérieusement fragilisée par les constatations cliniques ultérieures.

La même observation vaut pour l'expertise de E._____ qui continue à nier tout trouble psychiatrique invalidant malgré les différentes hospitalisations psychiatriques, le suivi prolongé par la Dre N._____ et son équipe, les prises en charge institutionnelles successives et les diagnostics psychiatriques retenus dans plusieurs établissements.

À cela s'ajoute que le Dr R._____ bénéficie d'un recul temporel supérieur. Son expertise a été réalisée après les hospitalisations psychiatriques, après plusieurs années de suivi spécialisé. Son appréciation repose ainsi sur une vision longitudinale sensiblement plus complète de l'évolution clinique.

La Cour relève également que le Dr H._____ et les experts de E._____ se sont écartés de manière particulièrement marquée des appréciations convergentes du Dr L._____, du Dr S._____, des médecins de T._____, des médecins de U._____ ainsi que de la Dre N._____ et du psychologue O._____. Même si une expertise n'est pas tenue de suivre les médecins traitants, une divergence aussi importante aurait justifié une confrontation plus approfondie avec ces observations longitudinales.

3.3.8. La Cour note finalement que l'expertise du Dr R._____ est conforme à l'approche structurée et systématique exigée par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation des atteintes psychiques.

Selon cette jurisprudence, l'existence d'un diagnostic psychiatrique ne suffit pas à elle seule pour admettre une incapacité de travail. Il convient d'examiner, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, les conséquences fonctionnelles concrètes de l'atteinte à la santé, la cohérence des limitations alléguées, les ressources de la personne assurée, l'intensité du traitement mis en œuvre, l'évolution du trouble ainsi que le degré de restriction observé dans les différents domaines de la vie.

Or, l'expertise du Dr R._____ ne se limite pas au constat de diagnostics psychiatriques. L'expert procède à une analyse détaillée de la gravité des troubles retenus, de leur évolution depuis octobre 2021, des traitements entrepris, des hospitalisations psychiatriques, du fonctionnement quotidien de l'assuré, de ses ressources résiduelles ainsi que des limitations fonctionnelles qui en résultent. Il examine en particulier les capacités d'adaptation, de planification, d'endurance, de concentration, d'interaction sociale et de résistance au stress au moyen notamment de l'évaluation Mini-ICF-APP.

L'expert s'attache également à vérifier la cohérence entre les plaintes exprimées par l'assuré, les observations cliniques, les résultats des tests psychométriques, les limitations observées dans la vie quotidienne ainsi que les constatations des différents intervenants médicaux. Il relève à cet égard une concordance globale entre ces différents éléments et exclut toute exagération ou simulation des symptômes.

Par ailleurs, le Dr R._____ ne se borne pas à affirmer l'existence d'une incapacité de travail. Il explique de manière circonstanciée pourquoi certaines activités demeurent exigibles malgré les atteintes retenues et pourquoi les limitations décrites ne justifient pas une incapacité totale dans toute activité professionnelle. C'est précisément sur cette base qu'il retient une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée.

Ainsi, contrairement à une appréciation reposant exclusivement sur les diagnostics, l'expertise du Dr R._____ examine les indicateurs fonctionnels pertinents de façon structurée et individualisée. Elle satisfait dès lors aux exigences développées par la jurisprudence fédérale relative à l'évaluation des troubles psychiques et permet de considérer que les limitations retenues reposent sur une analyse médico-asséculogique complète et suffisamment objectivée.

3.4. Au vu de l'ensemble de ces éléments, la Cour considère que l'expertise du Dr R._____ satisfait pleinement aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des rapports médicaux.

Si l'expertise de E._____ présente des qualités méthodologiques certaines et répond formellement aux exigences applicables, sa force convaincante est affaiblie par le fait que les hypothèses sur lesquelles elle repose ont été largement remises en question par l'évolution clinique ultérieure et par les observations concordantes de nombreux intervenants médicaux.

À l'inverse, les diagnostics retenus par le Dr R._____, les limitations fonctionnelles qu'il décrit ainsi que son évaluation de la capacité de travail apparaissent globalement compatibles avec les constatations effectuées depuis plusieurs années par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale (doss. OAI p. 20, 97, 108, 146, 343 ss et 387), le Dr S._____, spécialiste FMH en neurologie (doss. OAI p. 67 ss et 304 ss), la Dre N._____, médecin assistante en psychiatrie, et le psychologue O._____ (doss. OAI p. 352 ss et 356 ss), ainsi que par les médecins des hôpitaux psychiatriques de T._____ et de J._____ (doss. OAI p. 388 ss et 390 ss).

Dans ces circonstances, l'expertise du Dr R._____, établie dans le contexte d'une procédure judiciaire, apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus convaincante et mieux étayée par l'ensemble du dossier médical que les expertises du Dr H._____ et de E._____. Il convient dès lors de lui reconnaître pleine valeur probante et de fonder l'appréciation de la capacité de travail sur ses conclusions.

4.

Il s'ensuit que la décision attaquée ne peut être maintenue et doit être annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour calcul du degré d'invalidité et pour qu'elle rende une nouvelle décision, tout entenant compte des conclusions de l'expertise du Dr R._____, lesquelles emportent la conviction de la Cour.

5.

5.1. 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 ainsi qu'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, les frais de procédure sont mis à la charge de l'OAI. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée.

5.2. Le recourant, qui obtient gain de cause et a fait appel aux services d'un avocat, a droit à une indemnité de partie pour les frais nécessaires engagés pour la défense de ses intérêts (art. 137 CPJA).

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 du recourant le 3 juillet 2026 fait état de 10 heures et 37 minutes de travail. Ce temps apparaît justifié au regard de la nature et de l'ampleur de la cause. Il doit toutefois être indemnisé au tarif horaire de CHF 250.-, et non à celui de CHF 350.- appliqué dans la liste produite, ce qui représente CHF 2'654.15.

Partant, l'indemnité de partie est fixée à CHF 2'654.15, plus CHF 74.30 de débours ainsi que la TVA à 8.1%, par CHF 221.-, soit à un total CHF 2'949.45. Elle est mise à la charge de l'OAI, à verser directement au mandataire.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est admis au sens des conclusions subsidiaires.

Partant, la décision querellée est annulée et le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle décision.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais du même montant est restituée au recourant.
- III. Une indemnité de partie de CHF 2'949.45 (dont CHF 221.- de TVA au taux de 8.1%) est allouée au recourant, à verser à son mandataire. 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 14 juillet 2026/jfr/mba

La Présidente

Le Greffier-rapporteur