



**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](http://www.fr.ch/tc)

608 2025 176

608 2025 177

## **Arrêt du 2 avril 2026**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

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

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourante**, représentée par Me Daniel Känel, avocat,  
contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité – révision

Recours du 11 octobre 2025 contre la décision du 19 septembre 2025  
(608 2025 176)

Requête d'assistance judiciaire gratuite total du même jour (608 2025  
177)

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1977, de nationalité portugaise, célibataire, sans enfant, sans formation, est entrée en Suisse en 2004. Depuis 2010, elle a travaillé en tant que serveuse dans une pizzeria.

Le 20 septembre 2018, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), mentionnant comme atteinte un status post-écrasement superficiel au niveau du pied gauche avec hyperalgésie dans le territoire du nerf sural et troubles de la marche. Son atteinte résultait d'un accident survenu sur son lieu de travail le 17 octobre 2017: la porte automatique s'était refermée sur sa jambe puis son pied gauche. Une incapacité de travail totale était médicalement attestée depuis le 16 novembre 2017.

B. Après notamment la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, l'OAI a, par décision du 17 septembre 2020, rejeté la demande de prestations de l'assurée, retenant un degré d'invalidité nul. Selon lui, sur le plan médical, l'état de santé était compatible à 100% avec l'exercice d'une activité professionnelle adaptée et il n'y avait pas de perte de revenu en tant qu'employée dans la production industrielle légère.

Le recours de l'assurée contre cette décision, du 22 octobre 2020, a été rejeté par arrêt du Tribunal cantonal du 5 juillet 2021 (TC FR 605 2020 214). Le 28 septembre 2021, le recours auprès du Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable (arrêt TF 9C\_418/2021).

C. Le 25 septembre 2024, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle y indiquait être totalement incapable de travailler depuis le 17 octobre 2017 du fait de l'accident alors survenu.

Par décision du 19 septembre 2025, confirmant son projet du 26 août de la même année auquel l'assurée avait objecté le 4 septembre 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il retenait l'absence de changement médical depuis la décision du 17 septembre 2020 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ne nécessitant pas de mobilisation fréquente, par exemple dans la production légère ou les services. Le degré d'invalidité était nul.

D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Daniel Känel, avocat, recourt (608 2025 176) auprès du Tribunal cantonal, le 11 octobre 2025, concluant, sous suite de dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2025; subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants, en vue de la détermination du degré d'invalidité grâce à une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire (neurologie, psychiatrie, orthopédie). Elle soutient que la gravité et la complexité des atteintes à la santé justifiaient la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et que l'OAI ne pouvait se contenter de l'appréciation médicale du Service médical régional (SMR). Elle souffre objectivement d'importantes douleurs neuropathiques et d'une insensibilité sur tout l'hémicorps gauche, avec une impotence fonctionnelle totale au niveau de la jambe gauche; l'ergothérapie a dû être interrompue en 2024. Elle a en outre des nuits sans sommeil et des troubles psychiques pour lesquels elle est désormais suivie. L'aggravation de son état de santé a donc été suffisamment démontrée. Compte tenu des douleurs chroniques, de l'impotence fonctionnelle et de la fatigue, sa capacité de travail est fortement diminuée, voire nulle. Il est incompréhensible, dans ces conditions, que l'OAI n'ait même pas retenu une baisse de rendement. Son état s'est aggravé durant l'année 2024. Ses

douleurs augmentent actuellement toujours; elles ressemblent à des coups portés son pied gauche. qui est devenu totalement insensible. L'aggravation de son état est importante et durable.

Par le même acte, l'assurée dépose une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (ci-après: AJT; 608 2025 177).

Dans ses observations du 17 octobre 2025, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision; il renvoie à la motivation de celle-ci et au dossier.

Le 9 décembre 2025, la recourante complète son recours en produisant de nouvelles pièces médicales; selon elle, celles-ci attestent qu'elle ne dispose plus d'une pleine capacité de travail depuis 2020 environ; elle maintient ses conclusions.

Le 16 décembre 2025, l'OAI campe sur ses positions, n'ayant pas de remarques particulières à formuler.

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

Il sera fait état des arguments, 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 une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en

faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). On conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

2.3. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

2.4. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement

attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation.

2.5. L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

2.6. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose

bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteint si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 319 consid. 5a).

2.7. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI; RS 831.201), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA – applicable par analogie, en lien avec l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. arrêt TF 9C\_268/2025 du 4 mars 2026 consid. 4.1; ATF 147 V 167 consid. 4.1; 133 V 108 consid. 5) – et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (cf. arrêt TF 9C\_88/2025 du 14 mars 2025 consid. 2.2). Si la rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les arrêts cités).

Ce qui précède vaut également sous l'angle du droit transitoire (cf. arrêt TF 8C\_658/2024 du 8 mai 2025 consid. 2.5).

3.

En l'espèce, l'éventuel droit de l'assurée à des prestations doit être déterminé dans le cadre de sa nouvelle demande conformément au considérant précédent, par comparaison entre la situation qui prévalait lorsque le premier refus a été prononcé et son état de santé au moment de la décision attaquée.

3.1. Par décision du 17 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, considérant que, sur le plan médical, l'état de santé était compatible à 100% avec l'exercice d'une activité professionnelle adaptée et qu'il n'y avait pas de perte de revenu en tant qu'employée dans la production industrielle légère, activité que la recourante était capable d'exercer. A cet égard, l'OAI s'était notamment fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie; dos. OAI 259) des Drs B. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> novembre 2019 (dos. OAI 259), lesquels renaient, consensuellement, une capacité de travail de l'assurée entière, sans perte de rendement, dans une activité adaptée évitant une mobilisation fréquente, depuis le 17 janvier 2018, soit trois mois après l'accident survenu le 17 octobre 2017.

Lors de l'expertise, l'assurée rapportait des douleurs plus importantes actuellement, un pied qui s'endormait (insensibilité) et une très grande fatigue, éléments l'empêchant de reprendre toute activité professionnelle. L'expert rhumatologue relevait une incohérence entre ses plaintes ainsi que son attitude et un examen strictement normal – similairement à ceux réalisés par les différents médecins intervenants –, ne retrouvant aucun élément en faveur d'une atteinte tendineuse ligamentaire, neurologique ou articulaire incapacitante. Il n'y avait pas de points de fibromyalgie, ni

de critères d'Harden (syndrome douloureux régional complexe; SDRC), mais 4 symptômes et signes de Waddell sur 5. Il n'y avait pas lieu de discuter d'un traitement ou de mesures de réadaptation; tout au plus un patch, éventuellement une cheville, pouvaient être proposés mais sans plus; la corticothérapie n'avait pas lieu d'être et devrait être arrêtée au vu des risques inhérents au traitement au long cours. Sur le plan psychiatrique, l'assurée déclarait passer des journées agréables à Coup de pouce, en mesure de réinsertion professionnelle de l'assurance-chômage, et n'avoir pas bénéficié de prise en charge en milieu psychiatrique ni de traitement médicamenteux d'ordre psychiatrique. Les difficultés socio-économiques la préoccupaient. Elle était démonstrative lors de la marche. Elle se plaignait d'une symptomatologie d'allure douloureuse difficile à gérer au quotidien, d'autant plus qu'elle ne se sentait pas reconnue dans sa problématique. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme n'était pas retenu. Elle ne présentait pas de signe de dépression, ni de traits de personnalité pathologique. Le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de troubles moteurs dissociatifs (F44.4) était posé.

Le Tribunal cantonal a, dans son arrêt 605 2020 214 du 5 juillet 2021, retenu, en substance, que les avis médicaux des médecins traitants, y compris ceux des Drs D. \_\_\_\_\_ du 20 octobre 2020 et E. \_\_\_\_\_ des 17 novembre 2020 et 21 janvier 2021, ne remettaient pas valablement en question le rapport d'expertise bidisciplinaire, probant et convainquant. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis le 17 janvier 2018, ce que l'expertise établissait clairement. En conséquence, étant rappelé que l'assurée devait éviter une mobilisation fréquente, un emploi dans la production industrielle légère – contenant un large éventail d'activités variées – correspondait à ses capacités et lui permettrait de mettre à profit ses ressources et ses compétences. A cela s'ajoutait le fait que l'assurée était tantôt confuse, tantôt incohérente et parfois dans l'exagération, ce qui remettait fortement en doute la fiabilité de ses propos rapportés par les différents médecins.

3.2. La recourante fait valoir une aggravation notable de sa situation depuis, respectivement, 2020 et 2024. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, elle a produit les pièces suivantes.

3.2.1. Dans son rapport du 25 janvier 2025 (cf. dos. OAI 880), le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indique voir la patiente depuis le 11 juillet 2024, toutes les 4-6 semaines; un suivi psychologique est assuré en sus chaque quinzaine. Il diagnostique, avec incidence sur la capacité de travail, un trouble neurologique fonctionnel mixte (F44.7) – pathologie psychiatrique sans cause organique sous-jacente –, en se référant au rapport de la neurologue traitante, la Dre G. \_\_\_\_\_. La patiente présente un certain détachement émotionnel par rapport aux troubles de la marche et des douleurs chroniques. Le pronostic est réservé. Les limitations fonctionnelles sont une sensation de douleurs chroniques, en particulier du côté gauche, ainsi qu'un trouble de la marche et de l'équilibre. L'assurée se plaint également de sa fatigue. Elle n'est pas en mesure d'effectuer une mesure professionnelle, ses limitations étant trop importantes et présentes depuis trop longtemps. Elle ne réalise que les tâches ménagères ne demandant pas trop d'efforts physiques, recourant à l'aide de tiers pour celles plus éprouvantes (nettoyages). Le praticien recommande l'octroi d'une rente à 100% pour une patiente dont l'atteinte à la santé s'est chronifiée depuis 2017.

Il ressort du rapport de suivi psychologique de l'assurée du 17 novembre 2025 (pce 21 du bordereau de pièces de la recourante) que celle-ci s'est présentée au centre concerné pour des difficultés financières la préoccupant énormément ainsi que concernant son avenir en Suisse, et pour des conseils pour ses démarches AI. Elle explique être infirme depuis l'accident de 2017 qui lui a, selon

elle, écrasé les nerfs du pied; elle ressent des douleurs continues; ses nuits sont écourtées par les douleurs et elle ressent énormément de fatigue. La thérapie permet de maintenir un niveau de stress qu'elle qualifie de gérable. Aucun objectif thérapeutique n'a pu être établi. Elle ne présente pas de signe d'un trouble ou d'une maladie psychique suffisamment invalidante. Plusieurs pistes diagnostiques sont envisagées – non retenues par le psychiatre traitant. La capacité de travail semble très altérée au vu des diverses problématiques qu'elle rencontre.

La Cour retient que les plaintes de l'assurées rapportées ne diffèrent guère de celles précédemment évoquées et explorées par différents médecins, plaintes qu'un substrat somatique et objectif n'avait pas soutenues. A l'instar de l'expert-psychiatre, le psychiatre traitant ne retient notamment aucune problématique psychique relevant de la dépression, d'une atteinte à la personnalité, d'un trouble somatoforme. Il pose un diagnostic proche de celui retenu dans l'expertise. En définitive, c'est par les plaintes de sa patiente et la chronicisation de la situation qui serait intervenue depuis 2017 qu'il justifie l'octroi d'une rente. Or, il avait déjà été tenu compte de ces éléments auparavant, notamment dans l'expertise. Les seules circonstances qui tiennent à son suivi désormais sur le plan psychique et au temps qui s'est écoulé encore depuis l'accident de 2017 ne sont pas propres à fonder objectivement une modification notable de la situation et de ses conséquences sur la capacité de gain. Les difficultés socio-économiques qu'elle connaît, pour compréhensibles qu'elles soient, n'ont pas valeur de maladie, d'atteinte invalidante, en tant que facteurs étrangers à l'invalidité. Ces pièces ne justifient ni de revenir sur le refus de prestations initial, ni de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

3.2.2. La Dre G. \_\_\_\_\_ voit l'assurée chaque 6 mois, la première fois le 12 septembre 2024. Elle pose dans son rapport du 17 du même mois (cf. dos. OAI 887) les diagnostics de troubles neurologiques fonctionnels mixtes (F44.7) avec des troubles de la marche et des troubles sensitifs sous forme d'hémisyndrome sensitif gauche, ainsi que de douleurs chroniques dans un contexte d'accident du travail avec traumatisme au niveau du pied gauche. Elle observe notamment un très important déséquilibre du tronc à la marche, la patiente devant se tenir aux meubles voire prenant appui au sol. Le déplacement est presque uniquement possible avec deux cannes. Le reste de l'examen clinique neurologique est dans la norme. Dans son second rapport de consultation, du 5 mai 2025 (cf. pièce 20 du bordereau de la recourante), elle maintient ses diagnostics principaux, et pose celui secondaire de fracture du P1 au P5 du pied droit en 2018. Les douleurs sont stables en intensité depuis des mois. La fatigue importante survient dans un contexte de grippe en décembre 2024 suivie en janvier d'une laryngite et d'une bronchite avec un temps de récupération long. Grâce à la physiothérapie, la patiente a pu noter une amélioration de son trouble de la marche, particulièrement de l'équilibre. Elle décrit des douleurs au pied gauche, parfois associées à des changements de couleur de la peau, de températures et parfois des œdèmes. Le status mental est sans particularité. La praticienne note des signes fonctionnels positifs au système moteur, sur le plan sensitif ainsi que relativement à la marche et à l'équilibre. La description de la patiente des douleurs diffuses pourrait faire penser à un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), mais ne correspondent pas tout à fait aux critères de diagnostics de Budapest. Une évaluation et une prise en charge dans un centre de la douleur spécialisé pourraient être bénéfiques. En conclusion, la patiente souffre de troubles neurologiques fonctionnels avec des troubles sensitifs et de la marche; les symptômes sont en très légère amélioration malgré un hiver compliqué.

La Cour relève que la neurologue traitante retient une nature fonctionnelle (F44.7) – non organique, non structurelle – des symptômes et troubles dont fait montre l'assurée, ce à l'instar de l'expert-psychiatre (cf. expertise p. 11 s.; F44.4). Une lésion quelconque (nerveuse, etc.) n'est pas mise en

évidence, conformément à ce qu'avait retenu le neurologue Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 octobre 2020 (cf. dos. OAI 382; arrêt TC FR 605 2020 214 précité consid. 5.3.2), dont l'examen neurologique était sans particularité et qui supposait donc une origine ostéo-musculaire ou rhumatologique aux troubles de la marche de l'assurée – ce qui a été nié de façon convaincante notamment dans l'expertise. On notera également que, dans sa feuille du 18 janvier 2023 pour la l'ergothérapie (cf. dos. OAI 972), la neurologue H. \_\_\_\_\_ retenait l'absence de substrat neurologique et des troubles de la conversion (cf. dos. OAI 972). S'agissant de l'éventualité d'un SDRC de degré 3 qu'elle évoquait, cette question a été médicalement déjà appréciée antérieurement et le diagnostic n'a pas été retenu; il ne l'est pas davantage, comme écrit, par la Dre G. \_\_\_\_\_ (cf. expertise I. \_\_\_\_\_ p. 3; expertise bidisciplinaire p. 23; on observera notamment qu'est alléguée une hypoesthésie, non une hyperesthésie); on ne voit pas de pièce médicale incitant à poser ce diagnostic désormais. Surtout, au-delà de la dénomination de l'atteinte, ce qui est déterminant, c'est son influence sur la capacité de travail et de gain; or, les pièces médicales précitées ne justifient pas de retenir une modification notable de la situation à cet égard.

Quant aux observations de la Dre G. \_\_\_\_\_ relatives à la marche (déséquilibre important du tronc, lâchages du genou gauche, etc.), elle les apprécie comme un autre signe fonctionnel; de fait, elle objective dans le même temps que la force musculaire proximale et distale est conservée aux membres supérieurs et inférieurs, que, de manière générale, la force est conservée même si avec une fluctuation observée, et que l'équilibre monopodal est très bon. Ces manifestations ne témoignent pas non plus d'une aggravation notable et objective de la situation par rapport à celle antérieure.

La présence d'un hémisyndrome, signe fonctionnel selon la neurologue traitante, interroge dans la mesure où l'assurée se plaint dans le même temps de douleurs quasi-constantes (ultimement, au niveau costal gauche). S'agissant toujours de l'hypoesthésie à gauche, on rappellera que l'assurée s'était déjà antérieurement plainte de pertes de sensibilité au pied, à la jambe (cf. par exemple le recours du 23 juillet 2021, dos. OAI 448) sans que le neurologue l'ayant alors vue ne retienne quelque atteinte invalidante à cet égard. On ne discerne en outre pas en quoi un déficit (touchant partiellement le côté gauche) tacto-algique, soit une diminution de la sensibilité au toucher et à la douleur, impliquerait une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée chez une assurée droitière.

Enfin, on soulignera que la neurologue traitante ne se prononce aucunement quant à la capacité de travail. Au vu du dossier et de ce qui précède, la Cour n'a pas de motif de retenir que les constats d'atteintes fonctionnelles de la praticienne engendrent une limitation de la capacité de travail et du rendement dans une activité adaptée. Il n'y a pas là démonstration probante d'une modification notable de la situation et de la capacité de gain de l'assurée. L'OAI pouvait à raison renoncer à mettre en œuvre une expertise neurologique.

3.2.3. C'est le lieu de rappeler les éléments suivants. L'assurée usait de deux cannes déjà auparavant (cf. détermination du 1<sup>er</sup> mai 2021, dos. OAI 431). Elle s'était refusée à suivre toute mesure de réadaptation AI, arguant de son état de santé – elle le fera pourtant plus tard, malgré une situation péjorée alléguée, dans le cadre de l'assurance-chômage –, ce dont avait pris acte l'OAI (cf. évaluation IP du 14 février 2019; dos. OAI 71ss, 74, 76; communication du 12 mars 2019, dos. OAI 78). Elle insistait pour le versement d'une rente, indiquant que même une petite lui permettrait de retourner dans son pays, proche de sa famille, qui pourrait la soutenir. Dans son courriel du 11 mars 2019 (cf. dos. 77), le Dr J. \_\_\_\_\_ indiquait qu'en l'absence d'une pathologie structurale et

d'explication pour son comportement algique, il n'allait pas changer le diagnostic, ce que demandait la patiente, entre autres; laquelle restait apte au travail à 100% pour un profil de travail qu'il fallait établir au travers d'un stage. Dans rapport du 20 mars 2019 (dos. OAI 186), le médecin soulignait qu'une reprise d'activité supposait d'abord la réactivation de la motivation de l'assurée. Celle-ci avait alors changé de praticien. En maintes occasions, les médecins traitants et les experts ont fait état d'une démarche théâtrale, caricaturale, avec de pseudo-lâchages, une assurée artificiellement penchée en avant et déséquilibrée, un examen monopodal dans la norme, ... (cf. notamment les rappels des pièces des Drs K.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et les observations de l'expert-rhumatologue, expertise bidisciplinaire, p. 5, 8, 19, 20 et 23; ég. le rapport de l'assureur-accident du 16 mars 2018, dos. OAI 106; arrêt TC FR 605 2020 214 précité consid. 5.3.4).

3.2.4. La médecin généraliste traitante, la Dre M.\_\_\_\_\_, retient, le 29 août 2024 (cf. dos. OAI 983), une aggravation de la situation médicale, sans fournir de précision à cet égard. Selon elle, la patiente n'a pas eu les ressources psychiques pour tendre vers une amélioration de son état; elle n'est pas accessible à une psychothérapie. Le 13 octobre 2025 (cf. pce 22 de la recourante), la praticienne reprend les diagnostics posés par la neurologue traitante. Pour elle, ils entraînent une perte d'autonomie importante pour l'assurée. Celle-ci use d'un cadre de marche pour les plus longs trajets. Elle peut aller faire ses courses mais a besoin d'aide parfois, ne pouvant sortir de chez elle certains jours en raison des douleurs. L'évolution a été défavorable. Elle n'a pas les ressources qui auraient pu aider à une amélioration de son état de santé. Un suivi psycho-thérapeutique a été initié. Elle est actuellement inapte à 100% à travailler dans le secteur de la restauration et dans toute autre activité.

Pour la Cour, ces pièces émanant d'une médecin traitante n'apportent pas d'éléments témoignant d'une aggravation notable et déterminante de la situation. La seule circonstance d'un emploi parfois d'un cadre de marche ne fonde pas une incapacité de travail objective déterminante; aucune problématique de force, de difficulté de préhension, etc. n'est au reste invoquée. Au demeurant, un certain déconditionnement ne relèverait en principe pas de l'AI. Quant au défaut de ressources psychiques allégué hors champ de compétences, aucun médecin, singulièrement pas un psychiatre, ne l'a retenu comme tel, ni, surtout, considéré qu'il aurait une incidence invalidante.

On ajoutera encore que le traitement de Prégabaline existait déjà antérieurement (cf. notamment le rapport du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie des nerfs périphériques, du 21 janvier 2021); on ne voit pas en quoi ce point serait pertinent ici. Ce médecin ne retenait en outre pas d'indication à une opération et aucune pièce produite avec la nouvelle demande n'induit qu'une expertise orthopédique eût dû être mise en œuvre.

3.2.5. L'attestation de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2023 (cf. dos. OAI 971) selon laquelle, en raison de ses problèmes de santé, l'assurée a besoin des transports médicalisés et thérapeutiques, n'établit pas une péjoration notable de la situation quant à la capacité de travail et de gain par rapport à la précédente procédure. Il en va de même des différents rapports d'ergothérapie produits, pièces non médicales. On notera que, dans celui du 21 juin 2024 (cf. dos. OAI 898), il est fait état d'une amélioration du *pattern* de marche ainsi qu'au plan de la socialisation; l'intéressée gère en outre intelligemment la posologie de la prégabaline. Le 29 juillet 2024 (cf. dos. OAI 982), il est indiqué que la réadaptation a atteint ses limites et que l'assurée ne pourra plus réintégrer le marché du travail; pour la Cour, cette seule assertion ne saurait justifier une révision.

Dans le rapport du 25 septembre 2025 (dos. OAI 986), la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, indique que l'assurée l'a consultée pour une très probable névralgie intercostale-K4 G, traitée symptomatiquement. Cela est sans pertinence ici.

L'état de santé stationnaire puis péjoré en 2024 annoncé dans la lettre du service social compétent, du 8 octobre 2025 (cf. pce 3 du bordereau de la recourante; usage d'un déambulateur pour cause de chute à deux reprises chez elle, mis en place d'une aide à domicile deux fois par mois pour le ménage et les courses) ne justifie pas de revenir sur ce qui précède.

3.2.6. Dans son avis circonstancié du 25 août 2025 (cf. dos. OAI 938), le médecin SMR, Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, vient confirmer ce qui précède. Après avoir passé en revue et apprécié les nouvelles pièces médicales produites, il observe que les conclusions de l'expertise de 2019, suivies par l'OAI en 2020 et confirmées par le Tribunal cantonal en 2021, sont toujours valables, à savoir que la capacité de travail de l'assurée demeure entière dans toute activité adaptée ne nécessitant pas de mobilisation fréquente. Selon lui, le diagnostic n'a pas changé, les Drs F.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ auxquels l'assurée se réfère retiennent une problématique de troubles neurologiques fonctionnels; ils font une appréciation différente d'une situation clinique pour l'essentiel inchangée, soulignant la chronicité des troubles et leur présence de longue date, puisqu'ils les font remonter à 2017.

Pour la Cour, au vu du dossier et de ce qui précède, l'avis de ce médecin peut être rejoint: pour l'essentiel, l'état de santé de l'assurée et ses conséquences n'appelaient pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Partant, aucune péjoration notable et déterminante de la capacité de travail et de gain n'a été rendue hautement vraisemblable. L'OAI pouvait dès lors à raison renoncer à la mise en œuvre d'une expertise.

4.

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

5.

La recourante a encore sollicité l'octroi de l'AJT (608 2025 177).

5.1. Les conditions cumulatives d'indigence et de chance de succès du recours posées par l'art.142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) sont remplies. En particulier, l'assurée bénéficie de l'aide matérielle du service social depuis octobre 2017 et ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. En outre, le recours, même si proche de la témérité, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec pour un plaideur raisonnable.

L'AJT sera accordée; un défenseur d'office en la personne du mandataire choisi sera désigné à la recourante.

5.2. Le mandataire a produit sa liste de frais le 20 mars 2026.

Sur la base du tarif applicable (art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12), l'équitable indemnité à laquelle il aura droit sera fixée à CHF 2'254.10, soit CHF 1'920.- d'honoraires (640 min.

à CHF 180.-/h) comme demandé, plus CHF 165.20 de débours et CHF 168.90 au titre de la TVA à 8.1%. Ce montant sera à la charge de l'Etat de Fribourg.

5.3. La procédure n'est pas gratuite. Des frais, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils ne seront pas réclamés, du fait de l'AJT octroyée ce jour, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA.

### **la Cour arrête :**

- I. Le recours (608 2025 176) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2025 177) est admise et Me Daniel Känel, avocat, est désigné en qualité de défenseur d'office.
- III. Il est alloué à Me Daniel Känel, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité de CHF 2'254.10, dont CHF 168.90 au titre de la TVA (8.1%), à la charge de l'Etat de Fribourg.
- IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée.
- V. Notification.

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

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

Fribourg, le 2 avril 2026/djo

La Présidente

Le Greffier-rapporteur