



**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 194

608 2025 195

Arrêt du 25 mars 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente :

Daniela Kiener

Juges :

Marc Sugnaux, Stéphanie Colella

Greffier :

Pascal Tabara

Parties

A. _____, **recourante**, représentée par Me Benoît Sansonnens,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Nouvelle demande

Recours (608 2025 194) du 30 octobre 2025 contre la décision du
25 septembre 2025

Requête d'assistance judiciaire (608 2025 195) du 30 octobre 2025

considérant en fait

A. A. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1969, est ressortissante du Portugal. Elle est entrée en Suisse en 2012 et a travaillé comme ouvrière de production en dernier lieu auprès de la société B. _____ en 2020.

B. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI) a reçu le 9 décembre 2020 une demande de prestations formulée par l'assurée. En cours d'instruction, une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique a été réalisée. Selon le rapport du 28 octobre 2021, l'assurée ne souffrait pas d'une atteinte psychique invalidante, car l'épisode dépressif a été qualifié de léger. En revanche, d'un point de vue orthopédique, la gonarthrose présente à ses deux genoux l'empêchait d'exercer son activité habituelle d'ouvrière. Elle conservait une capacité de travail entière sans diminution de rendement sans déplacement et sans position debout de plus de 15 minutes, sans escaliers, sans position à genoux et limitant le port des charges à 5 kg.

Se fondant sur ce rapport d'expertise, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'assurée présentait un taux d'invalidité inférieur à 40% par décision du 8 septembre 2022. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Agissant par son mandataire, A. _____ a déposé une nouvelle demande de prestation auprès de l'OAI le 13 octobre 2023.

Par décision du 25 septembre 2025 confirmant un projet du 27 mai 2025, l'OAI a une nouvelle fois refusé d'allouer des prestations à l'assurée au motif que son taux d'invalidité était de 5%, soit un taux inférieur à celui de 40% ouvrant le droit à une rente.

D. Par mémoire du 30 octobre 2025, A. _____ a formé recours auprès du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 25 septembre 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause auprès de l'OAI pour qu'il ordonne une expertise. Elle a également requis la réalisation d'une expertise judiciaire et le bénéfice de l'assistance judiciaire. À l'appui de ses conclusions, elle fait valoir que l'aggravation de son état psychique a été constatée par ses deux médecins traitants successifs. Elle estime que les documents produits au soutien de sa demande suffisent à retenir une incapacité totale de travail dans toute activité, mais qu'en cas de doute, il y a lieu d'ordonner la réalisation d'une expertise judiciaire ou de renvoyer la cause à l'OAI à cette fin.

Par courrier du 7 novembre 2025, la recourante a transmis une traduction en français de la pièce rédigée en portugais produite à l'appui du recours.

Le 20 novembre 2025, l'OAI s'est déterminé sur le recours, concluant à son rejet. Il fait valoir que les pièces produites au soutien de la nouvelle demande confirment la persistance d'une vulnérabilité psychique dans un contexte social difficile, ce qui ne constitue toutefois pas une aggravation de son état de santé au regard des conclusions du rapport des experts de 2021. Celles-ci ne sont pas sérieusement remises en question de l'avis de l'autorité intimée. Les conclusions de la recourante tendant à la réalisation d'une nouvelle expertise devraient être écartées, car le rapport d'expertise de 2021, complet et probant, suffit à sceller le sort du recours.

Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu entre les parties.

en droit

1.

Recevabilité

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée dûment représentée et directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

Règles relatives à l'octroi d'une rente d'invalidité

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'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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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 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).

2.3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69% (al. 2), la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité et pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70% (al. 3), l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50% et supérieur à 40%.

3.

Règles particulières régissant les nouvelles demandes

L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art. 87 RAI, il doit en aller de même lorsque l'OAI entre en matière sur une nouvelle demande, comme ici. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1; arrêt TF 8C_235/2024 du 24 janvier 2025 consid. 4 et les références citées). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

4.

Règles relatives à la preuve et l'instruction des dossiers

4.1. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une

autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 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; RAMA 1996 n° U 256 p. 217 et les références citées).

4.2. 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 135 V 465 consid. 4.4; arrêt TF 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et les références citées). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt TF 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et les références citées).

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_717/2019 du 30 consid. 6.2.2 et les références citées).

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

4.3. Selon la jurisprudence, c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée. Ces principes ne signifient cependant pas que le médecin a la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Son rôle consiste à prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir à procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. Les données médicales constituent un élément important pour l'appréciation juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Elles peuvent si nécessaire être complétées pour évaluer la capacité fonctionnelle pouvant être mise économiquement à profit par l'avis des spécialistes de l'intégration et de l'orientation

professionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées; arrêt TF 9C_713/2024 du 16 septembre 2025 consid. 5.1). Dans les cas où les appréciations d'observation professionnelle et médicale divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt TF 9C_713/2024 du 16 septembre 2025 consid. 5.1 et les références citées).

4.4. En procédure de recours auprès du Tribunal cantonal, la date de la décision administrative marque la limite temporelle du pouvoir d'examen de la Cour (ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1; arrêt TF 9C_265/2020 du 11 décembre 2020 consid. 5.3). Le juge appelé à examiner le bien-fondé d'une décision doit prendre en considération l'état de fait déterminant jusqu'à la date de cette décision, cas échéant jusqu'à la date de la décision sur opposition. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (MOSER-SZELESS, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, art. 56 n. 14 et les références citées).

5.

Question litigieuse

Pour motiver sa décision, l'OAI a estimé que le rapport d'expertise du 28 octobre 2021 ayant fondé la décision du 8 septembre 2022 refusant toute rente à la recourante gardait toute sa pertinence, car les pièces produites ultérieurement ne démontraient pas une aggravation de l'état de santé de l'intéressée depuis cette décision. La recourante conteste ce raisonnement et soutient que les rapports médicaux produits suffisent à démontrer l'aggravation de son état de santé psychique et que, dans le cas contraire, une nouvelle expertise devrait être conduite soit par la Cour soit par l'OAI sur renvoi. Elle ne fait en revanche valoir aucune péjoration de son état somatique.

En l'espèce, se pose dès lors la question de savoir si l'état psychique de la recourante s'est aggravé depuis la décision du 8 septembre 2022 au point d'ouvrir le droit à la rente.

6.

Discussion

6.1. État de santé au moment de la décision du 8 septembre 2022

Dans sa précédente décision, l'OAI a constaté que l'activité d'ouvrière de production n'était plus exigible depuis le 19 mai 2020, mais qu'en respectant les limitations fonctionnelles mentionnées dans le rapport d'expertise du 28 octobre 2021, une activité à temps plein sans perte de rendement était possible.

Sous l'angle psychique, l'expert psychiatre n'avait pas relevé de diagnostic entraînant une incapacité de travail, relevant toutefois l'existence d'un épisode dépressif léger (F32.0; dossier AI, p. 194). Il a constaté que la recourante avait subi une période de stress socioprofessionnel et familial fin 2019 et avait été éprouvée par le décès de son père en mars 2020. Il a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, car selon l'anamnèse de la recourante, celle-ci ne présentait pas d'épisode dépressif avant 2020 (dossier AI, p. 195). Il a considéré que, depuis sa sortie de C. _____ (ci-après: C. _____) fin février 2021, elle n'a plus fait l'objet d'hospitalisation et que son mode de vie a changé, ce qui lui a permis de réaménager sa vie affective et sentimentale. Il a également relevé

que le discours de la recourante était principalement liée à sa relation problématique avec ses enfants et non à ses problèmes de santé. Il a enfin souligné l'absence de limitation uniforme dans toutes les activités de la vie (dossier AI, p. 196). Certaines plaintes ont été jugées exagérées (dossier AI, p. 198) et des traits de personnalité histrionique ont été relevés (dossier AI, p. 187).

6.2. *Évolution de l'état de santé depuis la décision du 8 septembre 2022*

6.2.1. À l'appui de sa nouvelle demande déposée le 13 octobre 2023, soit un peu plus d'une année après la précédente décision de refus de rente, la recourante a fait valoir une péjoration de son état psychique. Elle était alors hospitalisée en clinique psychiatrique pour un séjour qui a duré du 2 octobre 2023 au 31 octobre 2023, en lien avec une période de crise avec péjoration de son état psychique sur un mode dépressif et des idées suicidaires (voir courrier du 19 janvier 2024 de C. _____ à D. _____; dossier AI, p. 348). Elle a également produit une lettre de C. _____ à E. _____ du 23 août 2023 concernant son séjour en clinique de jour entre le 15 mai 2023 et le 21 juillet 2023.

Sur demande de l'OAI, le Dr F. _____, médecin psychiatre traitant, a par ailleurs transmis un rapport médical sur formule officielle le 24 avril 2024. De plus, deux attestations du Dr G. _____, son nouveau médecin psychiatre traitant au Portugal, datées du 20 juin 2025 et du 17 octobre 2025, ont été versées au dossier, la dernière durant la procédure de recours.

Sur cette base, la recourante estime que la péjoration de son état de santé est démontrée. Selon des avis du 4 juin 2024 (dossier AI, p. 367 ss) et du 23 juillet 2025 (dossier AI, p. 421), le SMR ne partage pas cette appréciation. Selon lui, les nouvelles pièces produites au dossier ne permettent pas de retenir une aggravation de son état de santé. Il convient dès lors d'examiner ce qu'il en est.

6.2.2. En l'espèce, la Cour relève que les intervenants de C. _____ à E. _____ ont certes posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'épisode actuel étant sévère (F33.2) en raison de la thymie abaissée de la recourante, de son humeur dépressive avec pleurs, de ses troubles du sommeil avec une fatigabilité importante et de ses troubles de la concentration, de son anhédonie, de sa perte d'élan vital, de la diminution de sa confiance en lien avec une importante prise de poids, de ses ruminations concernant ses douleurs somatiques, les enjeux financiers et les événements familiaux. Les intervenants font également état de la présence fluctuante d'idées suicidaires scénarisées et d'une hyperexpressivité émotionnelle, d'une affectivité labile et d'une préoccupation pour plaire (dossier AI, p. 289 ss).

La Cour constate cependant que ce courrier est succinct dans la présentation des faits au soutien des constatations des médecins. En outre, il mentionne une suspicion de personnalité histrionique, ce qui rejoint les constatations du rapport d'expertise du 28 octobre 2021. Le courrier ne prend d'ailleurs pas expressément position sur la capacité de travail de la recourante à la sortie de la clinique de jour, les intervenants de C. _____ à E. _____ se contentant de préciser que les atteintes précitées peuvent réduire la capacité de travail, mais sans exposer de quelle manière elles affectent concrètement la recourante. Quant à l'hospitalisation de la recourante en octobre 2023, C. _____ à D. _____ a renvoyé au médecin traitant et au psychiatre ambulatoire le soin de renseigner l'OAI. Il n'apporte aucun renseignement sur les raisons de l'hospitalisation de la recourante, sous réserve des dates d'entrée et de sortie de la clinique et de la mention d'une péjoration de l'état dépressif accompagnée d'idées suicidaires (dossier AI, p. 348). Cependant, le diagnostic ne semble pas s'être inscrit dans la durée puisque, dans son rapport sur formule officielle du 24 avril 2024, le Dr F. _____ fait quant à lui état d'un trouble dépressif récurrent, épisode

actuel moyen, et écarte expressément la présence d'idées suicidaires chez la recourante (dossier AI, p. 356).

Concernant ce rapport sur formule officielle, une certaine retenue s'impose dans l'appréciation de ce moyen de preuve. En effet, le Dr F. _____ a, de manière constante, retenu une incapacité totale de travail depuis le 19 mai 2020, soit bien avant la première décision de refus de rente, alors que le rapport d'expertise du 28 octobre 2021 avait écarté son appréciation de la gravité de l'état dépressif de la recourante, retenant au contraire une capacité de travail préservée.

Cela étant, dans son rapport sur formule officielle, le psychiatre traitant constate chez sa patiente les symptômes suivants: tristesse, fatigue, crises de pleurs, manque de confiance en soi, culpabilité, dévalorisation et idées noires (dossier AI, p. 356). Or, les experts qui s'étaient prononcés en 2021 constataient que la recourante présentait une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une hyperphagie, de la fatigue et une perte d'énergie, une baisse de l'estime de soi? et de la confiance sans culpabilité, un sentiment de perte d'espoir concernant son avenir professionnel et des pensées de mort dans idées suicidaires (dossier AI, p. 185-186). Les symptômes décrits dans les deux documents précités sont par conséquent largement superposables. Il en découle qu'en concluant à une incapacité de travail totale dans son rapport d'avril 2024, le Dr F. _____ ne fait que confirmer l'avis qu'il avait déjà exprimé à plusieurs reprises. En cela, il maintient son appréciation divergente d'un état de fait resté largement inchangé depuis l'expertise réalisée en 2021 et la dernière décision de refus de rente prononcée en 2022.

6.2.3. À cela s'ajoute que, comme le relève à juste titre l'OAI, le Dr F. _____ met également en avant des éléments de nature non médicale comme les difficultés économiques rencontrées par la recourante et son sentiment d'échec ressenti en lien avec son retour au Portugal (dossier AI, p. 356). De plus, il ne discute ni les éléments de personnalité histrionique qui ont été à la fois retenus par les experts en 2021 et les médecins de C. _____ suite à l'hospitalisation de 2023, ni les incohérences qui avaient déjà été relevées par les experts, à savoir que les plaintes de la recourante ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie. Cette position peut s'expliquer par le lien de confiance entre le médecin traitant et sa patiente, au vu duquel il ne peut être exclu que le Dr F. _____ présente une appréciation de la situation de la recourante fondée en partie sur des exagérations de ses plaintes, allant dans un sens favorable à celle-ci quant à sa démarche en vue d'obtenir une rente. À tout le moins, le SMR doit être suivi lorsqu'il affirme que les documents médicaux de ce médecin ne revêtent pas une valeur probante suffisante pour se fier à ses conclusions.

Enfin, les pièces émanant du Dr G. _____ ne permettent pas non plus de motiver l'aggravation de l'état de santé de la recourante. L'attestation du 20 juin 2025 se limite en effet à rappeler le traitement actuel, à annoncer la fréquence de consultation et à confirmer l'absence de capacité de travail, sans aucune motivation (dossier AI, p. 415). L'attestation succincte du Dr G. _____ ne fait là encore état ni des plaintes actuelles de la recourante ni de son anamnèse. Quant à son appréciation selon laquelle celle-ci présenterait une incapacité de travail supérieure à 66%, elle n'est pas non plus motivée.

6.3. *Appréciation de la capacité de travail au moment de la décision attaquée*

Au vu de tout ce qui précède, il est retenu que la recourante a subi un épisode dépressif marqué, toutefois limité dans le temps, qui l'a conduite à fréquenter la Clinique de jour de C. _____ du 15 mai au 21 juillet 2023, soit durant un peu plus de deux mois, puis à une hospitalisation en clinique psychiatrique du 2 octobre 2023 au 31 octobre 2023, en lien avec une période de crise qui a duré

un mois. Son état de santé s'est ensuite amélioré pour correspondre à celui qui prévalait au moment de l'expertise du 28 octobre 2021. La durée d'incapacité de travail n'atteint en outre pas trois mois prévu par l'art. 88a al. 2 RAI.

Les symptômes existant au moment de la décision attaquée sont superposables à ceux déjà constatés au moment de la précédente décision et correspondent au diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0) posé par les experts en 2021. Or, selon ces derniers, celui-ci n'entraînait pas une incapacité de travail sur le plan psychique.

Dans la mesure où il apparaît des pièces au dossier que l'état de santé de la recourante n'a pas connu d'aggravation durable, il y a lieu de rejeter la réquisition de preuve tendant à la réalisation d'une nouvelle expertise et le chef de conclusions tendant à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI à cette fin. Après appréciation des preuves déjà au dossier, celle-ci ne serait pas susceptible d'apporter un élément nouveau.

Ses limitations fonctionnelles demeurent inchangées, à savoir le besoin d'exercer une activité en position assise. L'OAI retient donc à juste titre que la recourante est en mesure d'exercer un emploi dans la production industrielle légère ou dans les services.

6.4. *Taux d'invalidité et sort du recours*

Au surplus, la recourante n'élève aucun grief sur les revenus de valide et d'invalidé, sur l'abattement de 10% opéré sur le revenu d'invalidé ainsi que sur le calcul du taux d'invalidité en lui-même. La Cour ne constate par ailleurs aucune erreur manifeste sur ces points.

Le taux d'invalidité de 5% doit donc être confirmé, ce qui exclut le droit à la rente.

Le recours doit par conséquent être rejeté.

7.

Assistance judiciaire

7.1. Selon l'art. 142 al. 1 du code cantonal de procédure et de juridiction administrative du 23 mai 1991 (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. Toutefois, l'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (art. 142 al. 2 CPJA).

En l'espèce, l'indigence de la recourante est manifeste et sa cause n'était pas d'emblée vouée à l'échec de sorte que l'assistance judiciaire doit lui être accordée. Elle sera dispensée du paiement des frais de procédure. La difficulté de la cause justifiait en outre le recours à un mandataire professionnel pour la sauvegarde de ses droits (art. 143 al. 3 CPJA). Me Benoît Sansonnens lui est donc désigné en qualité de défenseur d'office.

7.2. Me Benoît Sansonnens fait état de 5 heures 25 minutes de travail ainsi que CHF 23.80 de débours au prix coûtant. Cette durée, adéquate, sera admise. Au tarif horaire de CHF 180.- (art. 12 al. 1 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif JA; RSF 150.12), elle donne droit à des honoraires de CHF 975.-. S'y ajoutent les débours au prix coûtant selon le montant réclamé (art. 12 al. 2 en lien avec l'art. 9 al. 1 Tarif JA).

La TVA par 8.1% est due en sus. L'indemnité de défenseur d'office sera donc fixée à CHF 1'079.70, TVA par CHF 80.90 comprise.

8.

Frais et indemnité de partie

Vu le sort du recours, les frais de procédure, arrêtés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 131 al. 1 CPJA). Ils ne seront toutefois pas perçus en raison de l'assistance judiciaire octroyée.

Pour le même motif, il n'est pas alloué d'indemnité de partie (art. 137 al. 1 CPJA *a contrario*).

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2025 194) est rejeté.

Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 25 septembre 2025 est confirmée.

II. La requête d'assistance judiciaire (608 2025 195) est admise.

Partant, A. _____ est dispensée du paiement des frais de procédure et Me Benoît Sansonnens lui est désigné en qualité de défenseur d'office.

III. Les frais de procédure, arrêtés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____. Ils ne sont pas perçus compte tenu de l'assistance judiciaire accordée.

IV. L'indemnité de défenseur d'office de Me Benoît Sansonnens est fixée à CHF 1'079.70, TVA par CHF 80.90 comprise.

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 25 mars 2026/pta

La Présidente

Le Greffier