



**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 217

608 2025 218

Arrêt du 7 mai 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener

Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux

Greffière-rapporteure : Muriel Zingg

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Alain Ribordy, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité: recours contre une décision incidente, experts,
récusation

Recours (608 2025 217) du 19 novembre 2025 contre la décision
incidente du 22 octobre 2025 et requête d'assistance judiciaire totale
(608 2025 218) déposée le même jour

considérant en fait

A. A. _____, né en 1976, marié et père de deux enfants, domicilié à B. _____, a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en date du 24 décembre 2024 en raison d'atteintes somatiques et psychiques.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie, exerçant auprès de E. _____ Sàrl, lesquels ont déposé leur rapport d'expertise en date du 23 mai 2024.

Par projet de décision du 21 octobre 2024, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base notamment du rapport d'expertise susmentionné.

Le 13 novembre 2024, A. _____, représenté par Me Alain Ribordy, avocat, a déposé des objections. Il a relevé, d'une part, qu'il avait dû être hospitalisé d'urgence auprès de F. _____ et qu'il fallait donc compléter l'instruction en demandant de nouveaux rapports médicaux. Il a contesté, d'autre part, les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire en alléguant des lacunes et manquements de la part de l'expert-psychiatre, raison pour laquelle il sollicitait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Par communication du 17 septembre 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'un complément d'expertise était nécessaire auprès des mêmes experts.

Par courrier du 18 septembre 2025, A. _____, toujours représenté par Me Ribordy, a demandé la récusation des deux experts, en considérant que ceux-ci avaient établi l'expertise du 23 mai 2024 de manière très lacunaire avec de graves manquements à leurs devoirs comme exposé de manière détaillée dans ses objections du 13 novembre 2024.

Par décision incidente du 22 octobre 2025, l'OAI a indiqué que l'expertise de suivi était maintenue auprès des experts désignés et que le questionnaire du 17 septembre 2025 était confirmé. Il a relevé que le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) avait confirmé la pleine valeur probante du rapport d'expertise du 23 mai 2024 et qu'une expertise de suivi était nécessaire afin d'évaluer l'existence d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré postérieurement à la première expertise. S'agissant des experts, il souligne que les griefs invoqués ne concernent que l'expert-psychiatre et qu'ils ne permettent pas d'établir que les experts auraient des préjugés dans ce dossier. S'agissant du questionnaire, il considère que celui-ci est complet et qu'il convient parfaitement pour une expertise de suivi.

B. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Ribordy, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 19 novembre 2025, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que la demande de récusation des Drs C. _____ et D. _____ soit admise et qu'une nouvelle expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique soit mise en œuvre. A l'appui de ses conclusions, il relève que le rapport du SMR du 9 septembre 2025 sur lequel l'autorité intimée s'est basée ne se prononce nullement sur les griefs invoqués dans ses objections du 13 novembre 2024. Il allègue également que le but de cette expertise n'est pas seulement de faire un complément pour évaluer une éventuelle aggravation de son état de santé, mais que, compte

tenu des appréciations médicales divergentes, les experts sont en réalité invités à réexaminer et contrôler le bien-fondé de leur précédent rapport. Il reconnaît que les griefs invoqués concernent essentiellement l'expert-psychiatre, mais estime que son collègue doit également être récusé dans la mesure où il travaille avec lui et a validé ses manquements en co-signant le rapport d'expertise. Enfin, il sollicite d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale (ci-après: AJT).

Dans ses observations du 30 janvier 2026, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle relève que la décision querellée concerne la mise en œuvre d'une expertise de suivi en lien avec une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant et que la valeur probante de l'expertise et de l'expertise de suivi pourra toujours être contestée par la suite, dans une nouvelle procédure d'objections ou dans une procédure de recours sur le fond du litige. Elle estime que, par sa demande de mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès d'autres experts, le recourant cherche à obtenir une "*second opinion*", ce qui n'est pas permis. En outre, elle considère que l'ensemble des griefs soulevés est de nature matérielle et ne doit être examiné qu'avec la décision sur le fond du litige dans le cadre de l'appréciation des preuves. S'agissant de la requête d'AJT, elle n'a pas de remarques particulières à formuler et s'en remet à justice.

Dans une détermination spontanée du 12 février 2026, le recourant maintient que la plupart des griefs invoqués, telle que la durée insuffisante de l'entretien, l'examen clinique bâclé, l'absence d'informations recueillies auprès de tiers, l'omission de mettre en œuvre des tests psychométriques et/ou psychoneurologiques, l'omission d'examiner un diagnostic différentiel et surtout la fausse accusation d'un manque de compliance, sont des reproches de nature formelle qui doivent être pris en considération dans le cadre d'une procédure de récusation. Il reconnaît que d'autres griefs sont de nature matérielle, mais estime qu'ils peuvent être pris en considération car ils confirment le soupçon d'un manque d'objectivité de l'expert.

Par courrier du 24 février 2026, l'autorité intimée a indiqué qu'elle n'avait pas de remarques particulières à formuler.

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

Il sera fait état des arguments, invoqués par celles-ci 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.

1.1. La décision querellée est une décision incidente qui maintient le choix des experts malgré une demande de récusation et qui a été rendue en application de l'art. 44 al. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.). Elle constitue une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA, contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte.

Dans la mesure où elle porte sur une demande de récusation, elle peut faire l'objet d'un recours dans les 30 jours auprès du tribunal cantonal des assurances (art. 45 de la loi du 20 décembre 1986

sur la procédure administrative [PA; RS 172.021], applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA; art. 56 al. 1, 57 et 60 LPGA).

1.2. En outre, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision querellée, le recours est recevable.

2.

2.1. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur. Selon l'art. 43 LPGA, il examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1^{bis}). L'assuré doit quant à lui se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

D'après l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), si les conditions de la demande de prestations sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Selon la jurisprudence, la grande diversité des situations d'expertise exige de la souplesse et l'assureur dispose d'une grande marge d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation des investigations médicales. Sont considérés comme nécessaires tous les moyens de preuve qui permettent d'établir les faits pertinents pour l'application du droit (ATF 147 V 79 consid. 7.4.2 et les références; arrêt TF 9C_259/2022 du 20 septembre 2022 consid. 5.1.1).

Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical ("*second opinion*") sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas; l'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité. Si l'assureur n'est donc pas autorisé à remettre en question le bien-fondé d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, il est néanmoins tenu d'examiner si et dans quelle mesure il convient de compléter l'instruction, afin que l'état de fait déterminant pour la solution du litige soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 et les références).

2.2. A teneur de l'art. 44 al. 1 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises; trois types sont

possibles: expertise monodisciplinaire (let. a), expertise bidisciplinaire (let. b) et expertise pluridisciplinaire (let. c).

L'art. 44 al. 2 LPGA dispose que si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties; les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours.

Les art. 7j ss de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA; RS 830.11) précisent l'art. 44 LPGA. Ainsi, l'art. 7j OPGA prévoit que si une partie récuse un expert en vertu de l'art. 44 al. 2 LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation; en l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus (al. 1). La recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers (al. 2). Si un mandat d'expertise est attribué de manière aléatoire, il n'y a pas lieu de rechercher un consensus (al. 3).

Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (art. 44 al. 4 LPGA).

L'art. 44 al. 3 LPGA prévoit quant à lui que lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. Il est précisé que l'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts.

Dans la même ligne, l'art. 44 al. 5 LPGA énonce que les disciplines médicales sont déterminées à titre définitif par l'assureur pour les expertises visées à l'art. 44 al. 1 let. a et b LPGA et par le centre d'expertises pour celles visées à l'art. 44 al. 1 let. c LPGA.

2.3. Les objections que peut soulever l'assuré à l'encontre de la personne de l'expert peuvent être de nature formelle ou matérielle; les motifs de récusation formels sont ceux prévus par la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGA); d'autres motifs, tels que le manque de compétence dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert, sont de nature matérielle (ATF 148 V 225 consid. 3.3 et les références citées).

Selon l'art. 36 al. 1 LPGA, les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues.

S'agissant des motifs de récusation formels d'un expert, il y a lieu, selon la jurisprudence, d'appliquer les mêmes principes que pour la récusation d'un juge, lesquels découlent directement du droit constitutionnel à un tribunal indépendant et impartial garanti par l'art. 30 al. 1 Cst. – qui en la matière a la même portée que l'art. 6 par. 1 CEDH – respectivement, pour un expert, des garanties générales de procédure de l'art. 29 al. 1 Cst., qui assure à cet égard une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne

peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les expertises médicales en droit des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences élevées quant à l'impartialité de l'expert médical (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références).

Le Tribunal fédéral considère que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid 1.3.3; arrêt TF 9C_715/2013 du 4 février 2024 consid. 4.1.2).

En outre, la jurisprudence retient qu'un expert ne peut pas être révoqué pour le simple fait qu'il a déjà eu l'occasion, par le passé, de réaliser une expertise sur la personne assurée, pour autant cependant que le résultat de la procédure apparaisse ouvert en ce qui concerne les faits concrets et les questions juridiques à résoudre, et qu'il n'y ait objectivement pas d'apparence de prévention. L'expert est en principe considéré comme indépendant lorsqu'il doit répondre à d'autres questions ou uniquement expliquer ou compléter sa première expertise. Tel n'est en revanche pas le cas lorsqu'il est chargé de réexaminer ou de contrôler objectivement le bien-fondé de son rapport précédent (PIGUET, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^{ème} édition 2025, art. 44 n. 37a).

3.

En l'espèce, le recourant demande la récusation du Dr C. _____ et du Dr D. _____ et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique. A l'appui de ses conclusions, il allègue des manquements de la part de l'expert-psychiatre. Il considère en substance que la durée de l'entretien était insuffisante, que l'expert a négligé d'approfondir certaines questions, qu'il n'a pas procédé à des test psychométriques et/ou psychoneurologiques, qu'il a minimisé ou interprété tendancieusement certaines plaintes de l'assuré, que le rapport contient des réflexions superficielles et que les experts ont écrit des contrevérités en lien avec le fait que les analyses de sang aient été réalisées le lendemain du jour de l'expertise.

Amenée à statuer, la Cour de céans rappelle tout d'abord que, dans le cadre d'une procédure de recours contre une telle décision incidente, elle ne peut ni examiner si une expertise possède ou non une quelconque valeur matérielle probante, ni apprécier en profondeur la valeur des autres preuves à disposition. Elle doit dès lors s'abstenir ici de procéder à un examen poussé des pièces médicales à disposition ce qui, sur ce plan, préjugerait de façon importante la décision que sera amené à rendre l'OAI quant au droit aux prestations (cf. arrêts TC FR 608 2022 132 du 24 avril 2023; 605 2018 98 du 20 août 2018 consid. 2.4).

La Cour de céans constate en outre que plusieurs griefs soulevés (durée, approfondissement, tests) concernent le déroulement de l'expertise. Or, à cet égard, il faut souligner que l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer. Sont ainsi soumises, par exemple, aux connaissances professionnelles et à la marge d'appréciation de l'expert la question de la durée de l'examen clinique, la question du nombre d'entretiens nécessaire ou encore la question de la nécessité de recueillir une hétéroanamnèse. Ni la loi ni la jurisprudence n'imposent aux experts médicaux d'effectuer une expertise selon les lignes directrices pour l'expertise élaborées

par les différentes sociétés de discipline médicale. Ce qui est déterminant, c'est plutôt que l'expertise soit globalement motivée de manière compréhensible et convaincante (PIGUET, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^{ème} édition 2025, art. 44 n. 29). Force est ainsi de constater que les éléments soulevés par le recourant ressortissent de la marge d'appréciation de l'expert et qu'ils ne peuvent en aucune façon constituer des motifs de récusation pouvant faire naître un doute quant à son impartialité. Il s'agit bien plutôt de motifs de nature matérielle dont il y aura lieu de tenir compte dans le cadre de l'appréciation de la valeur probante de l'expertise.

En ce qui concerne les autres griefs soulevés (interprétations tendancieuses, remarques superficielles, contrevérités), les exemples donnés par le recourant dans son mémoire de recours reflètent les constatations de l'expert. Ainsi, s'agissant par exemple de l'obésité de niveau 1 constatée par l'expert-psychiatre en page 40, elle est également confirmée par l'expert-rhumatologue en page 26 avec le même IMC de 31.3. En outre, la perte d'appétit est relatée et celle-ci n'est pas mise en doute en dépit de ce que soutient le recourant. De même, il y a bien une certaine incohérence ou du moins une imprécision dans le récit fait par le recourant en page 39 et repris en page 49, puisqu'à aucun moment il ne mentionne que, durant cette même période, il a effectué son service militaire et a travaillé dans une entreprise de construction, comme cela ressort de son CV. Contrairement aux affirmations du recourant, l'expert n'en fait pas "grand cas", mais se borne à le constater. A cet égard, il sied de rappeler que le fait de relever les incohérences, contradictions ou exagérations de la part de la personne expertisée fait partie du rôle de l'expert dans l'établissement des faits médicaux et que ces constatations ne comportent pas de connotation subjective (dépréciative); elles visent bien plus à expliquer le comportement de l'expertisé. Enfin, le fait que l'expert mentionne que le recourant n'ait pas effectué les analyses de sang le jour de l'expertise mais seulement le lendemain, alors qu'il semble que cela ne soit pas le cas, n'est pas suffisant pour faire naître un doute quant à l'impartialité de l'expert, d'autant plus que ce dernier se contente à nouveau de constater ce fait et n'en tire aucune conclusion, contrairement à ce que soutient le recourant.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que le recourant n'apporte pas d'élément pertinent laissant apparaître une quelconque prévention ou faisant redouter une activité partielle des experts. En outre, il faut souligner qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle expertise médicale, mais d'une expertise de suivi qui est mise en œuvre suite à la survenance d'un nouvel élément médical, soit la première hospitalisation du recourant en milieu psychiatrique, et qui a pour but d'analyser si cet élément est susceptible de changer l'appréciation des experts et/ou démontre une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la première expertise. Il apparaît ainsi logique et approprié que cette expertise de suivi soit confiée aux mêmes experts, étant rappelé que le fait qu'un médecin ait déjà réalisé une première expertise à un stade antérieur de la procédure administrative en formulant des conclusions qui n'allaient pas dans le sens voulu par l'assuré n'exclut pas d'emblée sa désignation ultérieure en qualité d'expert.

Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision querellée confirmée.

4.

Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire totale.

4.1. Selon l'art. 61 let. f, 2^{ème} phrase, LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des 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 (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

Selon la jurisprudence, un procès est considéré comme dépourvu de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une personne raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter; il ne l'est pas lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près, ou que les premières ne sont que légèrement inférieures aux secondes (ATF 133 III 614 consid. 5; 129 I 129 consid. 2.3.1).

4.2. En l'espèce, il ressort du présent arrêt que le recours était d'emblée voué à l'échec pour un plaideur raisonnable. En effet, la jurisprudence fédérale est claire en matière de recours contre une décision incidente portant sur une expertise et le recourant, assisté d'un avocat, devait se rendre compte que les griefs invoqués, de nature essentiellement matérielle – ce que ce dernier admet en partie d'ailleurs – , ne pouvaient pas être invoqués dans ce cadre.

Dès lors que l'une des conditions cumulatives du droit à l'assistance judiciaire n'est pas remplie, il n'est pas nécessaire d'examiner encore la seconde condition relative à l'indigence.

4.3. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2025 218) est dès lors rejetée.

5.

5.1. Compte tenu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours (608 2025 217) doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

5.2. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe.

5.3. Pour la même raison, le recourant n'a pas droit à une indemnité de partie.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2025 217) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2025 218) est rejetée
- III. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge d'A._____.
- IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.
- V. Notification.

A supposer qu'elle cause un préjudice irréparable, la présente décision peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral 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 7 mai 2026/meg

La Présidente

La Greffière-rapporteure