



POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

608 2026 75

Arrêt du 1^{er} juillet 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente :

Daniela Kiener

Juges :

Johannes Frölicher, Stéphanie Colella

Greffier-rapporteur :

Julien Delaye

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Stéphanie Neuhaus-
Descuves, avocate,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Capacité de travail – Refus de rente

Recours du 31 mars 2026 contre la décision du 24 février 2026

considérant en fait

A. A. _____, née en 1973, a exercé une activité de secrétaire de 1995 à 2001. Elle a obtenu un diplôme de secrétaire médicale en avril 2015. Ensuite, elle a fait des formations dans les domaines du massage thérapeutique et de l'autodéfense.

Le 6 janvier 2023, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI), en invoquant une incapacité de travail en lien avec des douleurs de l'épaule droite ainsi qu'avec des troubles psychiques. Dans le courant de l'instruction, l'assurée a repris une activité salariée en qualité de secrétaire médicale dès le mois de juillet 2023, à un taux de 80 %. Les rapports de travail ont toutefois été résiliés par son employeur durant le temps d'essai, avec effet au 31 octobre 2023.

B. Par décision du 24 février 2026, l'OAI a rejeté la demande de rente. Se fondant sur le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 12 août 2024, ainsi que sur son complément, il a retenu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 10 %, pour autant que les limitations fonctionnelles retenues soient respectées. Il a considéré que l'activité habituelle de secrétaire médicale était compatible avec ses limitations. Après comparaison des revenus, il est parvenu à un degré d'invalidité de 19 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

C. Par acte du 31 mars 2026, l'assurée, représentée par Me Stéphanie Neuhaus-Descuves, interjette recours auprès du Tribunal cantonal contre cette décision. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. À l'appui de son recours, elle reproche à l'OAI de s'être fondé sur une appréciation médicale incomplète. Elle soutient que ses atteintes somatiques et psychiques auraient été sous-estimées, en particulier au regard de son séjour en clinique de réadaptation, des diagnostics posés par ses médecins traitants, de l'intervention chirurgicale de l'épaule droite subie en octobre 2024 et des avis médicaux postérieurs faisant état, selon elle, d'une situation non stabilisée. Elle fait valoir que ses limitations fonctionnelles et ses douleurs persistantes n'auraient pas été appréciées de manière adéquate. Selon elle, son incapacité de travail serait totale et durable, de sorte que la comparaison des revenus aurait dû conduire à la reconnaissance de son droit à une rente entière.

L'avance de frais de CHF 800.-, requise par ordonnance du 7 avril 2026, a été payée le 13 avril 2026.

Le 30 avril 2026, l'OAI conclut au rejet du recours.

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

D. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté dans le délai et les formes prescrits, par une assurée dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée et pouvant se prévaloir d'un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recours est recevable en vertu des art. 56 ss de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicables par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20). L'avance de frais ayant en outre été versée dans le délai imparti, le Tribunal cantonal peut entrer en matière sur les mérites du recours.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'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 l'existence d'une incapacité de gain. Il n'y a en outre incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

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 être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

La quotité de la rente est fixée selon le système linéaire prévu par l'art. 28b LAI. Pour un taux d'invalidité compris entre 50 % et 69 %, elle correspond au taux d'invalidité. Lorsque celui-ci atteint 70 % au moins, l'assuré a droit à une rente entière. Lorsque le taux est inférieur à 50 %, la quotité est fixée conformément à l'art. 28b al. 4 LAI; en particulier, un taux d'invalidité de 40 % ouvre le droit à une rente correspondant à 25 % d'une rente entière.

2.2. Selon l'art. 16 LPGA, le taux d'invalidité est déterminé en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en tant que telle qui est assurée, mais ses conséquences économiques, soit une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c).

2.3. Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle

(cf. ATF 122 V 418). Pour procéder à l'évaluation de l'invalidité, l'administration, respectivement le juge, doit toutefois disposer d'informations médicales fiables. Il appartient ainsi au médecin de se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, de décrire les limitations fonctionnelles qui en découlent et d'indiquer dans quelle mesure, et pour quelles activités, celui-ci est capable ou incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, il incombe au juge d'apprécier l'ensemble des preuves et d'indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. La valeur probante d'un rapport médical ne dépend en principe ni de son origine ni de sa qualification formelle, mais de son contenu. Un rapport médical doit ainsi reposer sur une étude circonstanciée des points litigieux, se fonder sur des examens complets, tenir compte des plaintes exprimées, avoir été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, décrire clairement le contexte médical et parvenir à des conclusions dûment motivées (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies, d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier, et qu'elles aboutissent à des conclusions convaincantes, le juge ne saurait s'en écarter tant qu'aucun indice concret ne permet d'en mettre en doute le bien-fondé (cf. ATF 122 V 157 consid. 1c). Le caractère ponctuel d'une expertise ne lui ôte pas, à lui seul, sa valeur probante, dès lors que l'expert est précisément appelé à porter un regard neutre et spécialisé sur l'ensemble du dossier médical et sur l'évolution de la situation (cf. arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

Il ne suffit pas davantage, pour remettre en cause une expertise probante, que des médecins traitants expriment une opinion divergente (cf. arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). En règle générale, l'opinion motivée d'un expert se voit reconnaître davantage de poids que l'appréciation du médecin traitant, celui-ci pouvant, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, être enclin, en cas de doute, à prendre parti en sa faveur (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cela étant, un rapport médical établi à la demande d'une partie ne peut être écarté pour ce seul motif; il ne le sera que s'il existe des circonstances concrètes propres à faire douter objectivement de son impartialité, de sa pertinence ou de son caractère convaincant (cf. arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

Les rapports du Service médical régional (SMR), établis en application de l'art. 59 al. 2bis LAI en relation avec l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), ont pour fonction de synthétiser les renseignements médicaux au dossier et de formuler des recommandations quant à la suite à donner sur le plan médical. Dès lors qu'ils ne reposent pas sur un examen clinique propre, ils se distinguent d'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGa ou d'un examen médical au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Ils peuvent néanmoins revêtir une valeur probante lorsqu'ils contiennent une appréciation circonstanciée, cohérente et convaincante de la situation médicale.

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, il appartient enfin à l'autorité appelée à statuer d'examiner objectivement l'ensemble des documents médicaux à disposition, quelle que soit leur provenance, afin de déterminer s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a).

3.

Sur le plan médical, le litige porte essentiellement sur la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, mise en œuvre par l'OAI, ainsi que sur la question de savoir si les rapports médicaux produits ultérieurement sont de nature à remettre en cause l'appréciation de la capacité de travail retenue.

3.1. Dans leur rapport d'expertise du 12 août 2024 (dossier OAI, p. 212), le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie, et la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rappelé le parcours personnel et professionnel de l'assurée, notamment son activité antérieure de secrétaire, l'obtention d'un diplôme de secrétaire médicale en 2015, ses formations ultérieures dans les domaines du massage thérapeutique et de l'autodéfense, ainsi que la reprise d'une activité de secrétaire médicale à 80 % durant l'été 2023. Ils ont également pris en compte l'anamnèse somatique et psychique, en particulier la chute alléguée dans les escaliers en 2015, l'aggravation des douleurs de l'épaule droite en 2021, les diagnostics évoqués par les médecins traitants, le suivi psychiatrique instauré depuis plusieurs années et l'intervention chirurgicale de l'épaule droite alors prévue pour octobre 2024.

Sur le plan rhumatologique, l'expert rhumatologue a relevé que les examens d'imagerie objectivaient principalement une arthrose acromio-claviculaire droite, une bursite sous-acromiale discrète et un hypersignal du tendon du sus-épineux, sans rupture de la coiffe des rotateurs, avec une trophicité musculaire conservée et sans atteinte gléno-humérale significative. L'examen clinique de l'épaule droite était fortement limité par les douleurs et une hypertonie oppositionnelle, mais l'expert n'a pas constaté d'amyotrophie significative ni de déficit neurologique. Il a également relevé plusieurs discordances entre l'intensité des limitations alléguées et les constatations objectives, notamment l'absence d'atrophie malgré une mobilité très réduite, l'absence de sensibilité acromio-claviculaire le jour de l'examen et le caractère difficilement explicable des douleurs alléguées lors d'activités telles que la frappe au clavier ou la couture.

L'expert rhumatologue a retenu, avec effet sur la capacité de travail, un status après possible capsulite rétractile de l'épaule droite. Il a toutefois souligné qu'il était impossible de déterminer *a posteriori* si une telle capsulite avait effectivement existé et que le tableau actuel ne s'expliquait pas par une capsulite évoluant de manière cyclique sur plusieurs années. Il a par ailleurs considéré que la maladie de Crohn était en rémission coloscopique et qu'il n'existait pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire associé. L'activité habituelle de secrétaire a été considérée comme en principe adaptée. L'expert n'a toutefois pas fixé définitivement la capacité de travail dans son rapport initial, au motif que l'intervention chirurgicale de l'épaule droite était imminente et que la situation somatique n'était pas encore stabilisée (dossier OAI, p. 231 ss).

L'évaluation psychiatrique a conduit à retenir un état de stress post-traumatique ancien, actuellement d'expression partielle, ainsi qu'une dysthymie. L'experte psychiatre a tenu compte des difficultés personnelles et conjugales rapportées, du suivi psychiatrique en cours et des plaintes anxio-dépressives de l'assurée. L'experte n'a toutefois pas objectivé de trouble de la concentration durant l'entretien, d'asthénie psychique significative, de trouble psychotique, de trouble cognitif ou exécutif, de trouble de la personnalité au sens des classifications internationales, ni de syndrome suicidaire. Elle a considéré que les diagnostics posés par la psychiatre traitante, en particulier le trouble mixte de la personnalité, le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux généralisé, ne pouvaient pas être entièrement suivis. Les atteintes psychiques retenues ont été qualifiées de non incapacitantes, l'assurée conservant notamment de bonnes ressources personnelles, des capacités

d'organisation, d'adaptation, de communication et d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. L'experte a dès lors conclu à une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (dossier OAI, p. 257 ss).

3.2. À la suite des réserves émises par le SMR (dossier OAI, p. 288), l'OAI a requis un complément d'expertise auprès de l'expert rhumatologue. Dans sa prise de position du 29 octobre 2024 (dossier OAI, p. 299), celui-ci a précisé que le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire droite avait été omis par erreur dans la version définitive du rapport, tout en ayant été pris en considération dans la discussion. Il a également expliqué que le conflit sous-acromial constituait un diagnostic clinique dont l'appréciation demeurerait délicate dans le contexte de douleurs atypiques, et que l'imagerie ne mettait pas en évidence d'atteinte du long chef du biceps.

L'expert a alors défini les limitations fonctionnelles exigibles, à savoir l'évitement de tout effort en élévation du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, de toute adduction de ce membre et du port de charges excédant 10 kg à bout de bras. En tenant compte de ces limitations et des incohérences relevées, il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de secrétaire médicale s'élevait à 90 %, correspondant à une diminution de rendement de 10 %. Il a en revanche précisé qu'une appréciation rétrospective précise de la capacité de travail n'était pas possible au vu des incertitudes diagnostiques et du nombre limité de documents disponibles.

4.

4.1. En l'espèce, le rapport d'expertise du 12 août 2024 repose sur une appréciation bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, établie par des spécialistes disposant du dossier médical, après anamnèse et examen clinique de l'assurée. Les experts ont pris en compte l'évolution de l'atteinte à l'épaule droite, les plaintes douloureuses alléguées, les antécédents de maladie de Crohn, les diagnostics évoqués par les médecins traitants, ainsi que les difficultés psychiques rapportées en lien avec le parcours personnel et conjugal de l'assurée.

Sur le plan rhumatologique, l'expert n'a pas nié l'existence d'une atteinte somatique à l'épaule droite. Il a retenu, au vu des examens d'imagerie, une arthrose acromio-claviculaire droite, une bursite sous-acromiale discrète et un hypersignal du tendon du sus-épineux, sans rupture de la coiffe des rotateurs, avec une trophicité musculaire conservée et sans atteinte gléno-humérale significative. Il a également discuté le diagnostic de capsulite rétractile, tout en relevant qu'il n'était pas possible de déterminer *a posteriori* si une telle atteinte avait effectivement existé et que le tableau actuel ne s'expliquait pas par une capsulite évoluant de manière cyclique sur plusieurs années. Il a également retenu que la maladie de Crohn était en rémission coloscopique, malgré la persistance d'épisodes diarrhéiques, sans altération de l'état général ni incidence sur la capacité de travail.

L'expert rhumatologue a par ailleurs relevé plusieurs éléments de discordance entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives. Il a notamment souligné que la mobilité de l'épaule droite était très fortement limitée lors de l'examen, alors qu'il n'existait pas d'amyotrophie significative, que les périmètres brachiaux et antébrachiaux demeuraient globalement symétriques, et qu'aucun déficit neurologique n'était objectivé. Il a aussi observé que certaines limitations alléguées, en particulier lors de la frappe au clavier ou de la couture, étaient difficiles à expliquer sur le plan biomécanique, dès lors que ces activités ne nécessitent pas d'élévation importante du bras ni d'effort physique particulier. Ces constatations constituent des éléments pertinents dans l'appréciation médico-assécurologique, dans la mesure où elles permettent de distinguer les plaintes subjectives de leurs conséquences fonctionnelles objectivables.

Sur le plan psychiatrique, l'experte a également tenu compte des difficultés personnelles et conjugales rapportées par l'assurée, du suivi psychiatrique instauré depuis plusieurs années et des diagnostics posés par la psychiatre traitante. Elle a retenu un état de stress post-traumatique ancien d'expression partielle ainsi qu'une dysthymie. Elle a toutefois expliqué pourquoi elle ne pouvait pas suivre intégralement les diagnostics posés par la psychiatre traitante, en particulier le trouble mixte de la personnalité, le trouble dépressif récurrent ou le trouble anxieux généralisé. Elle a relevé que l'assurée se présentait de manière adéquate, qu'elle était collaborante, orientée, avec un discours cohérent et informatif, sans trouble du cours ou du contenu de la pensée, sans trouble de la concentration objectivé durant l'entretien, sans trouble psychotique, cognitif ou exécutif significatif, ni syndrome suicidaire. Elle a également mis en évidence des ressources personnelles préservées, notamment des capacités d'organisation, d'adaptation, de communication, de gestion de la relation duelle et d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

4.2. Il est vrai que le rapport d'expertise rhumatologique initial n'était pas entièrement satisfaisant sur tous les points. Le SMR l'a d'ailleurs relevé dans son avis du 1^{er} octobre 2024, en particulier s'agissant de l'intégration des incohérences relevées par l'expert rhumatologue, de l'omission du diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire dans la liste finale des diagnostics, de l'absence de discussion suffisante des diagnostics retenus par le Dr D. _____, médecin traitant et spécialiste en chirurgie orthopédique, et de la nécessité de préciser les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail exigible (dossier OAI, p. 288 ss).

Ces réserves ne conduisent toutefois pas à écarter le rapport d'expertise. L'OAI les a précisément prises en considération en sollicitant un complément auprès de l'expert rhumatologue. Dans sa détermination du 29 octobre 2024 (dossier OAI, p. 299), celui-ci a répondu aux questions du SMR. Il a d'abord précisé que l'arthrose acromio-claviculaire droite avait été omise par erreur dans la version définitive du rapport, bien qu'elle ait été prise en compte dans la discussion. Il a ensuite expliqué que le conflit sous-acromial constituait un diagnostic clinique dont l'appréciation demeurerait délicate dans le contexte de douleurs atypiques, tout en admettant que l'arthrose acromio-claviculaire pouvait provoquer un tel conflit, comme le décrivait l'IRM. Il a en revanche relevé que l'imagerie ne mettait pas en évidence d'atteinte du long chef du biceps.

Le complément d'expertise du 29 octobre 2024 est surtout déterminant en ce qu'il fixe clairement les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. L'expert a ainsi retenu que l'assurée devait éviter les efforts impliquant une élévation du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, l'adduction de ce membre, ainsi que le port de charges excédant 10 kg à bout de bras. En tenant compte de ces limitations, des diagnostics retenus et des incohérences objectivées lors de son examen, il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de secrétaire médicale s'élevait à 90 %, correspondant à une diminution de rendement de 10 %.

Ainsi, les points qui demeuraient insuffisamment développés dans le rapport d'expertise initial ont été clarifiés avant la décision litigieuse. Le complément ne procède pas à une simple affirmation non motivée, mais répond aux critiques du SMR, précise les diagnostics pertinents, distingue ce qui est objectivé de ce qui relève des plaintes douloureuses et se prononce concrètement sur l'exigibilité de l'activité habituelle.

4.3. Dans ces conditions, l'expertise bidisciplinaire, complétée sur le plan rhumatologique, remplit les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Elle repose sur une connaissance suffisante du dossier, tient compte des plaintes de l'assurée, discute les

diagnostics posés par les médecins traitants et contient des conclusions motivées sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Le fait que l'expert rhumatologue ait initialement réservé l'appréciation définitive de la capacité de travail en raison de l'intervention chirurgicale prévue en octobre 2024 ne rend pas son rapport écartable. Cette réserve était au contraire prudente et médicalement compréhensible, dès lors que l'état somatique n'était pas encore stabilisé avant l'opération. Elle a ensuite été précisée par le complément d'expertise et par les rapports postopératoires, en particulier celui du chirurgien opérateur qui confirme une reprise progressive, puis entière, dans l'activité habituelle (cf. *infra* consid. 5.1).

Il y a également lieu de relever que le volet psychiatrique aboutit à des conclusions claires. L'experte ne conteste pas l'existence d'une souffrance psychique ni l'histoire personnelle difficile rapportée par l'assurée. Elle considère toutefois que les atteintes psychiques retenues ne sont pas incapacitantes, faute de limitations fonctionnelles objectivées d'une intensité suffisante. Cette distinction entre diagnostic, vécu subjectif et incidence sur la capacité de travail est conforme à l'approche médico-asséculo-logique. Les conclusions de l'experte psychiatre sont en outre cohérentes avec les constatations cliniques qu'elle décrit et avec les ressources fonctionnelles mises en évidence.

Partant, le rapport d'expertise du 12 août 2024, complétée le 29 octobre 2024, peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.

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

5.1. Tel est d'abord le cas du rapport du Dr D. _____ du 24 décembre 2024. Ce spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a opéré l'épaule droite de l'assurée le 3 octobre 2024, a certes mentionné la persistance de quelques douleurs postopératoires. Il a toutefois indiqué que le traitement était terminé, qu'aucun autre plan thérapeutique n'était prévu et que le suivi pouvait être clos. Il constatait une élévation à 130° et une rotation externe à 20°, tout en posant un bon pronostic quant à la capacité de travail. Surtout, il a attesté une incapacité totale de travail depuis l'opération jusqu'au 31 décembre 2024, soit pour une durée de trois mois, puis une capacité de 50 % durant le mois de janvier 2025 et entière dès le 1^{er} février 2025 dans l'activité habituelle (dossier OAI, p. 309).

Ce rapport est particulièrement pertinent, dès lors qu'il émane du chirurgien orthopédique ayant lui-même réalisé l'intervention. Il intervient précisément après la phase d'instabilité que l'expert rhumatologue avait réservée dans son rapport initial. Or, loin de confirmer une incapacité durable, le Dr D. _____ retient une reprise progressive, puis entière, dans l'activité habituelle. Cette appréciation concorde avec celle de l'expert rhumatologue, sous réserve de la diminution de rendement de 10 % admise par celui-ci.

Le rapport de consultation de la Dre E. _____, spécialiste en chirurgie de l'épaule et de la main, du

14 juillet 2025, va également dans le même sens quant aux constatations objectives principales. Cette spécialiste a relevé des douleurs persistantes de l'épaule droite, une rotation externe limitée, une élévation douloureuse et un testing rendu difficile par les douleurs. Elle a toutefois constaté une

trophicité musculaire intacte. L'arthro-IRM du même jour était décrite comme plutôt rassurante sur le plan structurel : les tendons de la coiffe des rotateurs étaient en continuité, la trophicité musculaire était bonne et il n'existait pas d'arthrose gléno-humérale évoluée. La Dre E. _____ a d'ailleurs parlé d'une évolution lentement positive après la chirurgie, en indiquant qu'une amélioration significative pouvait encore être attendue, même si elle n'était pas garantie. Elle n'a pas proposé de solution orthopédique radicale, mais une attitude expectative et une évaluation antalgique (dossier OAI, p. 342).

Ces constatations ne contredisent pas le rapport d'expertise. Elles confirment la persistance de douleurs, mais non une aggravation structurelle de l'épaule droite. Elles ne mettent en évidence ni rupture de la coiffe, ni amyotrophie, ni atteinte gléno-humérale évolutive, ni nouvelle lésion objectivée propre à modifier durablement les limitations fonctionnelles déjà retenues. Le fait qu'une prise en charge antalgique ait été proposée n'implique pas encore une incapacité de travail supérieure à celle admise par l'OAI.

5.2. Les rapports du Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, du 1 et 10 septembre 2025 s'inscrivent aussi, dans une large mesure, dans le cadre des atteintes déjà connues. Ce médecin a retenu des douleurs musculosquelettiques postopératoires et neuropathiques cicatricielles, avec allodynie péri-cicatricielle, sensibilité supra-scapulaire et limitation de la mobilité active. Il a également rappelé le caractère globalement rassurant de l'arthro-IRM du 14 juillet 2025, qui montrait une coiffe des rotateurs globalement intacte, un sus-épineux aminci et l'absence d'arthrose gléno-humérale évoluée. La prise en charge mise en place visait essentiellement le contrôle antalgique et la désensibilisation cicatricielle (dossier OAI, p. 364 ss et 367 s.).

Ces éléments confirment que l'assurée présente des douleurs résiduelles postopératoires, mais ils ne remettent pas en cause les limitations fonctionnelles définies par l'expert rhumatologue. L'évitement des efforts au-dessus de l'horizontale, de l'adduction du membre supérieur droit et du port de charges supérieures à 10 kg tient déjà compte de l'atteinte à l'épaule et des douleurs liées à certains mouvements. Les rapports du Dr F. _____ ne documentent pas, à ce stade, une atteinte objectivée nouvelle imposant de revoir l'exigibilité de l'activité de secrétaire médicale.

5.3. Le séjour à la Clinique G. _____ du 20 novembre au 23 décembre 2025 confirme lui aussi la complexité de la situation, sans invalider le rapport d'expertise. Le rapport de sortie retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, un état de stress post-traumatique complexe, des troubles du sommeil ainsi que des douleurs chroniques postopératoires de l'épaule droite. Il décrit une prise en charge multimodale, psychologique, physiothérapeutique, ergothérapeutique et sociale. Il mentionne une thymie abaissée, une anxiété importante, une faible estime de soi et une fragilité en cas de surcharge relationnelle. Il relève également des douleurs de l'épaule droite et une nécessité de réappropriation corporelle progressive (dossier OAI, p. 399 ss).

Cela étant, les constatations cliniques objectives rapportées durant ce séjour demeurent largement superposables à celles du rapport d'expertise psychiatrique. L'assurée est décrite comme éveillée, orientée, soignée, collaborante, avec un discours spontané, cohérent et informatif. Il n'est pas constaté de trouble des perceptions, d'altération du contenu de la pensée, de désorganisation, de trouble du langage ou de déficit cognitif significatif. L'attention est préservée, l'examen neurologique est normal et aucune idée suicidaire n'est relevée. Le rapport de sortie mentionne par ailleurs une amélioration de la thymie durant le séjour, malgré une fragilité persistante. Il ne contient pas

d'appréciation médico-asséculoologique chiffrée de la capacité de travail, ni d'analyse concrète de l'exigibilité de l'activité de secrétaire médicale.

Le SMR a d'ailleurs expressément examiné ce rapport dans son avis du 18 février 2026 et a retenu que les constatations objectives demeuraient superposables à celles des experts en 2024, tant sur le plan somatique que psychique, sans modification significative de la médication (dossier OAI, p. 407 s.). Cette appréciation est convaincante. Le séjour à la Clinique G._____ atteste certes une souffrance psychique et un besoin de prise en charge, mais ne démontre pas que le rapport d'expertise serait dépassé ou que l'assurée présenterait une incapacité durable supérieure à celle retenue.

5.4. Il en va de même de la maladie de Crohn. Celle-ci est certes connue de longue date, dès lors qu'elle a été diagnostiquée en 1991. Les examens gastro-entérologiques récents ne mettent toutefois pas en évidence d'activité inflammatoire significative. L'iléo-coloscopie du 28 mars 2023 décrivait déjà une maladie de Crohn macroscopiquement en rémission (dossier OAI, p. 144). Les investigations réalisées en avril 2024 ont confirmé une rémission, avec une muqueuse iléale et colique normale, sans élément en faveur d'une activité inflammatoire significative (dossier OAI, p. 161 et 167). La Dre H._____, spécialiste en rhumatologie, a également retenu, dans son rapport du 30 avril 2024, que la maladie de Crohn ne présentait pas d'activité et qu'il n'existait pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire associé à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (dossier OAI, p. 173).

6.

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

6.1. La Dre I._____, psychiatre traitante de l'assurée, a, dans son rapport du 29 août 2025, critiqué le rapport d'expertise psychiatrique en soutenant que l'hypothèse d'un trouble de stress post-traumatique complexe n'aurait pas été suffisamment explorée. Elle décrit une dysrégulation émotionnelle, des épisodes de dépersonnalisation et de déréalisation, une altération discrète de l'attention et de la concentration, une méfiance relationnelle, une tendance à la sur-responsabilisation, une hypervigilance et un besoin de contrôle élevé. Elle met ces éléments en lien avec une alternance entre désinvestissement corporel et surinvestissement, et estime la capacité de travail à 50 % au maximum, dans le cadre d'une mesure de réinsertion progressive et accompagnée (dossier OAI, p. 369 s.).

Cette appréciation ne peut toutefois pas être suivie de préférence à celle de l'experte psychiatre. Les éléments décrits par la Dre I._____, en particulier les difficultés émotionnelles, les cauchemars, l'hypervigilance, les ruminations, la fatigabilité et les difficultés relationnelles, étaient déjà connus au moment de l'expertise. L'experte psychiatre les a pris en compte, mais a considéré qu'ils ne se traduisaient pas par des limitations fonctionnelles objectivées suffisantes pour retenir une incapacité de travail. La Dre I._____ propose ainsi principalement une lecture diagnostique différente d'une symptomatologie déjà documentée. Elle n'explique pas de manière convaincante pourquoi les ressources relevées par l'experte, notamment l'autonomie, les capacités d'organisation, d'adaptation, de communication et l'absence de troubles attentionnels objectivés durant l'entretien, devraient être écartées.

6.2. Le rapport de J._____, psychothérapeute de l'assurée, du 8 septembre 2025 va dans le même sens que celui de la psychiatre traitante. La psychothérapeute retient un état de stress post-traumatique, un trouble dissociatif et une modification durable de la personnalité. Elle insiste sur la tendance de l'assurée à mobiliser un "faux-self" et des stratégies de compensation dans les contextes formels, ainsi que sur l'existence de flashbacks, d'une tolérance au stress réduite, d'une fatigabilité importante et de difficultés à maintenir des limites professionnelles claires. Elle estime que l'état psychique et somatique de l'assurée serait incompatible avec l'exercice durable d'une activité professionnelle et préconise une nouvelle évaluation pluridisciplinaire (dossier OAI, p. 371 s.).

Ce rapport permet de comprendre le vécu thérapeutique de l'assurée, mais il ne remet pas en cause le rapport d'expertise psychiatrique. D'une part, J._____ n'est pas médecin et se prononce néanmoins sur des diagnostics psychiatriques ainsi que sur l'indication d'une nouvelle expertise. D'autre part, les objectifs d'un suivi psychothérapeutique ne sont pas identiques à ceux d'une expertise médico-assécurologique. L'observation longitudinale dans un cadre thérapeutique peut éclairer la situation, mais elle ne suffit pas, en l'absence de constatations objectivées nouvelles, à invalider un examen expertal spécialisé. Comme l'a relevé le SMR, les rapports de la Dre I._____ et de J._____ expriment surtout une divergence d'appréciation avec l'experte psychiatre, sans élément clinique nouveau déterminant (dossier OAI, p. 380 ss).

6.3. Le rapport du Dr F._____ du 27 novembre 2025 s'écarte quant à lui du rapport d'expertise sur la capacité de travail somatique. Il retient une capacité maximale de 60 % dans l'activité de secrétaire médicale, avec un rendement effectif de 50 à 60 %, en raison de douleurs postopératoires persistantes, de limitations de la mobilité active, d'une allodynie péri-cicatricielle et d'une diminution de la capacité d'utilisation répétée de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale. Il considère qu'un retour à 100 % dans le métier initial n'est pas envisageable à ce moment-là, même si une progression jusqu'à 80 % pourrait être possible en cas d'évolution favorable (dossier OAI, p. 392 s.).

Cette divergence ne suffit pas non plus à écarter le rapport d'expertise. Le Dr F._____ intervient dans un cadre spécialisé de traitement de la douleur. Son appréciation est centrée sur le status algique et la prise en charge antalgique en cours. Les limitations qu'il décrit recoupent pour l'essentiel celles déjà retenues par l'expert rhumatologue, en particulier la difficulté d'utilisation de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale et lors de sollicitations répétées. Il n'identifie pas de lésion structurelle nouvelle ni d'atteinte neurologique objectivée qui imposerait de revoir durablement la capacité de travail. Par ailleurs, l'activité de secrétaire médicale, dans une approche médico-assécurologique, n'implique pas nécessairement des efforts au-dessus de l'horizontale, un port de charges significatif ou des amplitudes complètes du membre supérieur droit. Elle peut être adaptée par l'organisation du poste, l'évitement du classement en hauteur, la limitation du port de dossiers lourds et la répartition des tâches. La diminution de rendement de 10 % tient précisément compte de la nécessité de respecter ces limitations.

6.4. Il en va de même des certificats médicaux attestant des incapacités de travail successives entre la fin de l'année 2024 et l'année 2025, notamment ceux de la Dre I._____ et de la Dre E._____. En tant qu'ils ne contiennent pas d'indication médicale circonstanciée, de status détaillé, de discussion des limitations fonctionnelles ou d'appréciation médico-assécurologique motivée, ils ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise et du SMR (dossier OAI, p. 315 ss et 327). Ils ne font en particulier pas état d'une limitation fonctionnelle nouvelle ou durable liée à la maladie de Crohn, laquelle a été décrite comme en rémission par les

examens spécialisés et comme dépourvue d'incidence sur la capacité de travail par l'expert rhumatologue.

6.5. Les conséquences de l'intervention de l'épaule droite ont ainsi été suffisamment prises en compte. La période postopératoire immédiate a conduit à retenir une incapacité totale jusqu'à fin décembre 2024, puis une capacité de 50 % en janvier 2025, avant une reprise entière dès février 2025 selon le chirurgien opérateur. Les douleurs résiduelles et la composante neuropathique cicatricielle ont ensuite justifié une prise en charge antalgique, mais sans mise en évidence d'une aggravation structurelle ou neurologique durable. Quant au séjour à la Clinique G._____, il confirme une fragilité psychique et une nécessité de soins, mais ne contient pas d'appréciation de la capacité de travail qui justifierait de revenir sur le rapport d'expertise.

7.

Les rapports produits par la recourante à l'appui de son recours ne conduisent pas davantage à une autre appréciation.

7.1. Elle se prévaut d'abord du rapport de la Clinique G._____ du 30 décembre 2025. Celui-ci figurait toutefois déjà au dossier administratif et a été examiné par le SMR avant le prononcé de la décision litigieuse. Dans son rapport du 18 février 2026, le SMR s'y réfère expressément et retient que les constatations objectives qui en ressortent demeurent superposables à celles des experts en 2024, tant sur le plan somatique que psychique, sans modification significative de la médication (dossier OAI, p. 408). Il peut dès lors être renvoyé à l'appréciation développée ci-dessus.

7.2. La recourante produit également un rapport du 30 mars 2026 du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, établi à la suite d'une consultation du 10 mars 2026, soit postérieurement à la décision attaquée. Ce médecin retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble dissociatif moteur, un trouble de stress post-traumatique complexe ainsi qu'un trouble déficitaire de l'attention en cours de validation. Il mentionne en outre un traitement psychotrope régulier depuis septembre 2023 et atteste une incapacité de travail durable depuis cette date, confirmée par ses soins dès le 1^{er} mars 2026.

Ce document ne suffit toutefois pas à faire naître un doute sérieux quant à l'appréciation médicale retenue par l'OAI. Il s'agit d'un rapport très succinct, établi par un nouveau psychiatre après une consultation unique et postérieure à la décision litigieuse. S'il est certes admissible qu'un médecin se prononce sur la base d'une anamnèse et de documents médicaux antérieurs, encore faut-il que son appréciation permette de comprendre les éléments sur lesquels elle repose. Or, il ne ressort pas du rapport que le Dr K._____ aurait disposé de l'ensemble du dossier, ni qu'il aurait confronté son appréciation aux constatations détaillées de l'expertise psychiatrique et aux avis du SMR.

Le rapport se limite pour l'essentiel à énumérer des diagnostics et à attester une incapacité de travail durable depuis septembre 2023. Il ne contient pas de status psychiatrique détaillé, ne discute pas les ressources fonctionnelles mises en évidence par l'experte, n'explique pas en quoi l'absence de troubles cognitifs, attentionnels, psychotiques ou de désorganisation relevée lors de l'expertise serait erronée, et ne précise pas quelles limitations concrètes empêcheraient durablement l'exercice d'une activité adaptée. Il n'expose pas non plus les motifs permettant de retenir rétroactivement une incapacité durable depuis septembre 2023, alors même que cette période a déjà fait l'objet d'une instruction médicale approfondie.

Les diagnostics mentionnés ne sont au demeurant pas véritablement nouveaux. Le trouble dépressif, les symptômes dissociatifs et le trouble de stress post-traumatique complexe avaient déjà été évoqués par les thérapeutes traitantes et par la Clinique G._____, puis examinés dans le cadre de l'appréciation du dossier. Quant au trouble déficitaire de l'attention, il est seulement indiqué comme étant en cours de validation, sans constat clinique ni limitation fonctionnelle spécifique permettant d'en mesurer une éventuelle incidence sur la capacité de travail.

Dans ces conditions, le rapport du Dr K._____ constitue tout au plus une appréciation médicale divergente, sommairement motivée, d'une situation pour l'essentiel déjà connue et instruite. Il ne permet pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire, complété sur le plan rhumatologique, ni les avis du SMR. Il ne justifie pas davantage la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire.

8.

8.1. Il résulte de ce qui précède que les rapports médicaux au dossier confirment, pour l'essentiel, les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par les experts. Les documents postérieurs au rapport d'expertise attestent certes la persistance de douleurs de l'épaule droite et d'une souffrance psychique réelle. Ils ne mettent toutefois pas en évidence d'élément objectivement nouveau, durable et significatif qui aurait été ignoré par les experts ou qui imposerait une nouvelle appréciation spécialisée.

Sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles déterminantes sont celles retenues dans le complément d'expertise du 29 octobre 2024, à savoir l'évitement des efforts impliquant une élévation du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, de l'adduction de ce membre et du port de charges supérieures à 10 kg à bout de bras, ce que l'activité de secrétaire médicale permet. Les douleurs résiduelles postopératoires, y compris leur composante neuropathique cicatricielle, ne justifient pas de s'écarter de cette appréciation, dès lors qu'elles ne s'accompagnent pas d'une atteinte structurelle ou neurologique objectivée susceptible de modifier durablement l'exigibilité. La diminution de rendement de 10 % tient suffisamment compte des restrictions fonctionnelles résiduelles.

Sur le plan psychique, l'existence d'un vécu traumatique et d'une symptomatologie anxio-dépressive ne suffit pas à retenir une incapacité de travail durable. Les rapports des psychiatres traitants font essentiellement état d'une appréciation diagnostique et thérapeutique différente, sans objectiver de limitations fonctionnelles concrètes d'une intensité telle qu'elles imposeraient de s'écarter du rapport d'expertise. Les constatations objectives demeurent globalement concordantes avec celles de l'experte, en particulier quant à l'absence de désorganisation, de trouble psychotique, de déficit cognitif significatif ou de trouble attentionnel objectivé.

Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise. Le rapport d'expertise du 12 août 2024, complété le 29 octobre 2024, conserve une pleine valeur probante et permet de statuer sur le droit litigieux. Il y a dès lors lieu de retenir que la recourante disposait, au jour de l'évaluation clinique des 24 et 25 juin 2024, dans son activité habituelle de secrétaire médicale, d'une capacité de travail de 90 % correspondant à une pleine capacité de présence avec une diminution de rendement de 10 %. Cette activité doit être considérée comme adaptée à son état de santé, dès lors qu'elle permet le respect des limitations fonctionnelles précitées et n'implique pas, par nature, des efforts répétés au-dessus de l'horizontale, le port de charges importantes ou une sollicitation incompatible du membre supérieur droit.

8.2. Il reste à préciser que cette appréciation peut également être retenue pour la période antérieure comprise entre le dépôt de la demande, en janvier 2023, et juin 2024. Certes, l'expert rhumatologue a indiqué qu'il ne pouvait pas déterminer rétrospectivement la capacité de travail avec précision, compte tenu des incertitudes diagnostiques et du nombre limité de documents permettant de retracer l'évolution depuis 2015. Cette réserve ne signifie toutefois pas qu'une incapacité de travail durable supérieure devrait être admise pour les mois précédant l'évaluation. Il appartient en effet au juge d'apprécier l'ensemble du dossier médical. Or, les rapports contemporains de cette période ne mettent pas en évidence d'aggravation objective ou de limitation fonctionnelle plus importante que celles constatées lors de l'expertise.

En particulier, les examens gastro-entérologiques réalisés en 2023 et 2024 confirmaient une maladie de Crohn en rémission, sans incidence démontrée sur la capacité de travail. Sur le plan de l'épaule droite, l'IRM du 9 avril 2024 objectivait essentiellement une arthrose acromio-claviculaire, une discrète bursite sous-acromiale et une atteinte du tendon du sus-épineux sans rupture, avec trophicité musculaire conservée. Ces constatations sont précisément celles discutées par l'expert rhumatologue et ne permettent pas de retenir, avant juin 2024, une situation objectivement plus défavorable que celle examinée lors de l'expertise. Les rapports médicaux disponibles pour cette période ne contiennent par ailleurs pas d'appréciation circonstanciée et motivée de la capacité de travail dans une activité de secrétaire médicale qui permettrait de s'écarter de cette conclusion.

Sur le plan psychiatrique également, les difficultés décrites avant l'expertise étaient connues de l'experte, laquelle les a prises en considération sans objectiver de limitations fonctionnelles incapacitantes. Les attestations d'incapacité de travail établies par les médecins traitants pour la période antérieure ne suffisent pas, faute de motivation médico-assécurologique détaillée, à démontrer une incapacité durable supérieure dans une activité adaptée.

Dans ces conditions, et en l'absence d'élément médical objectif permettant de distinguer la période de janvier 2023 à juin 2024 de la situation examinée lors de l'évaluation expertale, il se justifie de retenir que l'activité habituelle de secrétaire médicale était déjà exigible durant cette période à hauteur de 90 %, sous réserve des limitations fonctionnelles précitées. Cette conclusion s'impose d'autant plus que la recourante avait effectivement repris une activité professionnelle de secrétaire médicale dès juillet 2023, soit un peu moins de six mois après le dépôt de sa demande de prestations, et qu'elle a pu l'exercer durant plusieurs mois. Si les rapports de travail ont ensuite été résiliés durant le temps d'essai, le dossier ne contient pas d'élément médical circonstancié permettant d'imputer cet échec à une incapacité de travail durable supérieure aux limitations retenues par les experts.

9.

9.1. Au surplus, la recourante ne conteste pas spécifiquement la méthode de comparaison des revenus appliquée par l'OAI, ni les données statistiques retenues pour déterminer les revenus avec et sans invalidité. Elle ne fait pas davantage valoir que le revenu statistique choisi ne correspondrait pas à son profil professionnel ou à l'activité de secrétaire médicale retenue comme exigible. La Cour ne voit pas non plus que tel serait le cas.

9.2. L'OAI s'est en effet fondé à juste titre sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2022, en adaptant le revenu statistique à la durée usuelle du travail, puis en procédant à l'indexation applicable. Il a ainsi retenu un revenu sans invalidité de CHF 66'728.50.

Dès lors que l'activité habituelle demeure exigible à 90 %, le revenu avec invalidité pouvait être calculé sur la même base statistique, sous déduction de la diminution de rendement de 10 %. Il y avait en outre lieu d'opérer l'abattement forfaitaire de 10 % prévu par l'art. 26*bis* al. 3 RAI, la capacité fonctionnelle de la recourante au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI étant supérieure à 50 %. Il en résulte un revenu avec invalidité de CHF 54'050.15.

La comparaison des revenus aboutit à une perte de gain de CHF 12'678.35, correspondant à un degré d'invalidité de 19 %. Ce calcul peut être confirmé, les éventuels écarts liés aux arrondis étant en tout état de cause sans incidence sur l'issue du litige.

9.3. Le taux d'invalidité ainsi obtenu étant inférieur au seuil de 40 %, la recourante ne peut prétendre à une rente d'invalidité. La décision attaquée doit dès lors également être confirmée sur ce point.

10.

10.1. Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée dans son ensemble.

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

En l'espèce, il se justifie d'arrêter les frais de procédure à CHF 800.-, conformément à la disposition précitée et aux art. 1 et 2 du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 sur les frais de procédure et les indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). Vu l'issue du recours, ils sont mis intégralement à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant versée le 13 avril 2026.

Pour le même motif, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de partie (art. 137 CPJA *a contrario*)

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant versée.
- III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.
- IV. Notification.

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

Fribourg, le 1^{er} juillet 2026/jud

La Présidente

Le Greffier-rapporteur