

# FR\_GERICHTE 605 2025 14 vom 4. Februar 2026

FR Kantonsgericht, 2026-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2025\\_14](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2025_14)

FR: FR\_GERICHTE 605 2025 14 du 4 février 2026

IT: FR\_GERICHTE 605 2025 14 del 4 febbraio 2026

## Erwägungen

### E. 19

janvier 2023, une expertise bi-disciplinaire en rhumatologie et psychiatrie auprès de D. \_\_\_\_\_ Sàrl, qui a été confiée aux Drs E. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 3 avril 2023, les experts ont retenu une capacité de travail de 90% dans son activité habituelle depuis 2019. Le 13 juin 2023, l'OAI a rendu un premier projet de décision informant l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser une rente d'invalidité, car le taux d'invalidité retenu de 10% était inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à la rente. A la suite des objections formulées le 7 juillet 2023 par l'assurée, représentée par sa protection juridique, complétées les 10 juillet et 14 août 2024, l'OAI a sollicité, par courrier du 27 mars 2024, un complément au rapport d'expertise du 3 avril 2023 auprès des mêmes experts, estimant qu'une prise de position sur les documents transmis par l'assurée était nécessaire. Les experts ont rendu leur rapport complémentaire le 7 mai 2024. Après avoir recueilli plusieurs avis médicaux, l'OAI a rendu, le 9 décembre 2024, une décision formelle refusant l'octroi d'une rente AI. Il s'est fondé pour cela sur le rapport d'expertise d'avril 2023, complété en mai 2024, et a arrêté le degré d'invalidité à 10%, calculé selon la méthode de comparaison des revenus. C. Par acte du 23 janvier 2025, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Sébastien Dorthe, avocat à Fribourg, interjette recours contre cette décision devant la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 20 juillet 2020 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire, afin notamment qu'une contre-expertise pluridisciplinaire soit diligentée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 A l'appui de ses conclusions, la recourante conteste la manière dont le revenu d'invalidité a été fixé. Elle soutient qu'il aurait dû être calculé sur la base d'un taux d'activité de 15%, taux jugé exigible par les médecins consultés, par son médecin traitant ainsi que par la coach mandatée par l'OAI. Selon la recourante, un tel calcul conduirait à un degré d'invalidité de 87.95% et non de 10% comme retenu par l'OAI. Elle reproche en outre à l'autorité intimée, face à l'existence d'avis divergents entre les médecins traitants et les experts, de s'être contentée de suivre ces derniers sans exposer les motifs justifiant cette décision. A son sens, l'OAI aurait dû ordonner une contre-expertise afin de déterminer quelle appréciation médicale devait prévaloir, d'autant plus que la durée cumulée des entretiens réalisés lors de l'expertise serait inférieure au temps passé en consultation auprès des médecins traitants. La recourante affirme également que l'autorité intimée n'a tenu compte que partiellement de ses affections somatiques, a totalement éludé la problématique neuro-psychiatrique et n'a pas pris en considération les particularités de son activité d'enseignante auprès de très jeunes enfants. Elle relève que ce type d'activité augmente les sollicitations articulaires et la fatigue physique et que ses limitations peuvent

entraver une réaction rapide face aux imprévus. Enfin, elle fait valoir qu'un trouble anxieux ou un état dépressif réduit la tolérance au stress et peut entraîner des réactions inappropriées. Selon elle, un taux de capacité de travail de 90% serait dès lors irréaliste. Par courrier du 4 février 2025, la recourante transmet un certificat médical du 27 janvier 2025 de la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, par lequel celle-ci atteste d'une capacité de travail de 15% depuis octobre 2021. Le 5 février 2025, la recourante s'acquitte de l'avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 11 février 2025, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Par courrier du 14 juillet 2025, le mandataire de la recourante informe la Cour de céans que l'intéressée est hospitalisée depuis le 26 mai 2025 pour une durée indéterminée au sein de H.\_\_\_\_\_ et produit deux certificats médicaux l'attestant. Dans un courrier complémentaire du 17 septembre 2025, il indique que cette hospitalisation se poursuit et transmet un certificat médical mentionnant un suivi en clinique psychiatrique de jour depuis le 21 juillet 2025. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, invoqués par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c 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 831.20) – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 2. 2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b de la présente loi se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire, valable dès le 1er janvier 2022, état au 15 novembre 2024 (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance

de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). 2.2. Compte tenu de ce qui précède, les modifications légales issues du développement continu de l'AI, entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne trouvent pas application en l'espèce. En effet, la décision litigieuse du 9 décembre 2024 fait suite à une demande de prestations déposée le

## **E. 20**

juillet 2020. L'invalidité alléguée serait donc survenue avant le 31 décembre 2021 et un éventuel droit à la rente pourrait naître avant le 1er janvier 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI). 3. 3.1. Aux termes de l'art. 8 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, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). 3.2. 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 3.3. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). 3.3.1. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 215

consid. 5; 143 V 418 consid. 6 et 7; 141 V 281 et les références citées). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). 3.3.2. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation implique, d'une part, l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, en tenant compte notamment des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec des traitements entrepris, d'une éventuelle participation ou résistance à des mesures de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 réadaptation ainsi que de l'impact de comorbidités physiques ou psychiques sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Elle comprend également une analyse de la personnalité de l'assuré, qui requiert une motivation renforcée, ainsi qu'une évaluation du contexte social. Sur ce point, seules les contraintes sociales ayant un effet direct sur les capacités fonctionnelles peuvent être prises en compte, alors que les ressources mobilisables issues de l'environnement – notamment le soutien du réseau social – doivent être intégrées dans l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). 3.3.3. En outre, la grille d'évaluation exige un examen de la cohérence entre, d'une part, le degré de gravité fonctionnel et, d'autre part, les répercussions de l'atteinte sur les différents domaines de la vie ainsi que sur le traitement suivi. Il convient en particulier de vérifier si l'atteinte se manifeste de manière similaire dans l'activité professionnelle (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans l'accomplissement des tâches habituelles) et dans la vie quotidienne, ainsi que de prendre en considération le niveau d'activité sociale avant et après la survenance de l'atteinte. L'examen porte aussi sur la manière dont l'assuré met à profit ou néglige les traitements recommandés, étant précisé que l'absence d'adhésion thérapeutique ne peut être retenue contre lui lorsqu'elle résulte d'une incapacité inhérente à la maladie. Il en va de même pour le comportement adopté dans le cadre de démarches de réadaptation. Dans ce contexte également, un comportement incohérent constitue un indice que les limitations alléguées pourraient s'expliquer par des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). 4. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa) et ses sous-variantes, la méthode de

comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références). Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 5. 5.1. Dans les domaines où la règle du degré de la vraisemblance prépondérante est appliquée, comme dans le droit 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. 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 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 5.2. Pour statuer, 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. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 5.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle

d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Par ailleurs, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). La Haute Cour rappelle en effet qu'en cas de litige, les constatations des médecins traitants doivent être appréciées avec retenue, leur mission étant avant tout thérapeutique et non expertale, de sorte que leurs évaluations ne visent pas prioritairement à statuer de manière définitive sur le droit à des prestations d'assurance. En outre, en raison du lien de confiance qui les unit à leur patient, ils sont susceptibles, dans le doute, de favoriser celui-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Finalement, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 6. En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause l'application de la méthode générale de comparaison des revenus. Elle critique en revanche la fixation du revenu d'invalidé ainsi que l'évaluation de sa capacité de travail, l'autorité intimée s'étant fondée, à cet égard, sur le rapport d'expertise établi le 3 avril 2023 par les Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ et sur le complément d'expertise du 7 mai 2024. 6.1. Dans leurs conclusions interdisciplinaires sur le plan rhumatologique, les experts retiennent comme diagnostics un syndrome douloureux chronique type fibromyalgie confirmé par le score de Wolf à 21.5 et le test de First positif, un status post atteinte dégénérative du rachis, une uncodiscarthrose C5-C6, un canal cervical étroit, des discopathies dégénératives L4-5 et L5-S1, un affaissement des voûtes plantaires, des hallux valgus débutants et des lésions unguéales suspectes d'atteinte psoriasiforme aspécifique. Ils précisent que l'examen rhumatologique met en évidence un syndrome de déconditionnement lié à une dysbalance musculaire et à une obésité, sans indice d'un syndrome cervico-lombaire ni d'une pathologie rhumatismale inflammatoire active. En raison de ces troubles, ils considèrent que la recourante doit s'abstenir de porter de manière répétée des charges supérieures à 15 kg, varier régulièrement les positions assise et debout, sans dépasser environ 30 minutes dans chacune d'elles, éviter la marche sur terrain irrégulier et ne pas solliciter excessivement l'ensemble du rachis. Ils estiment que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle d'institutrice, tout comme dans une activité adaptée est de 90%, et préconisent les limitations fonctionnelles à titre préventif, justifiées par l'existence du syndrome douloureux chronique. Comme mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail, les experts recommandent la poursuite de la prise en charge actuelle, à compléter au besoin par un soutien physiothérapeutique, ergothérapeutique ou ostéopathe. Ils recommandent également une

prise en charge au centre de la douleur, incluant notamment l'apprentissage de techniques d'autohypnose, ainsi que, le cas échéant, l'administration de perfusions de kétamine ou de lidocaïne. Sur le plan psychiatrique, les experts ne posent aucun diagnostic ayant un effet incapacitant. Ils identifient uniquement un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), lequel n'entraînerait toutefois aucune limitation fonctionnelle significative. Ils concluent que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail avant 2019 et d'une capacité d'au moins 90% depuis lors, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, capacité qui, selon eux, devrait se maintenir. 6.2. A titre liminaire, il y a lieu de constater que cette expertise pluri-disciplinaire répond, sur le plan formel, aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. Elle a en effet été réalisée par des spécialistes reconnus, indépendants des parties, dans leurs domaines respectifs. Les experts ont retracé le contexte médical de la recourante en résumant et synthétisant

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 les documents médicaux figurant au dossier depuis 2019 (dossier AI, p. 251 ss). Ils ont consigné les plaintes de l'expertisée et établi une anamnèse complète sur les plans systématique, familiale, sociale et psychiatrique (dossier AI, p. 270 s., 284 et 286). Ne se limitant pas à une appréciation fondée sur leurs seules observations cliniques et les documents médicaux disponibles, les experts ont en outre sollicité un examen neuropsychologique et des examens de laboratoire, lesquels ont été intégrés à leur analyse (dossier AI, p. 298 à 311). Cela étant, il ressort du dossier que certains rapports médicaux sollicités expressément par le SMR, à savoir le rapport dermatologique final établi par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, et la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, qui ont précédemment suivi la recourante pour un mélanome en 2019, ainsi que le rapport ophtalmologique final consécutif à l'intervention pour cataracte rédigé par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, ne figurent pas dans la synthèse des avis médicaux examinés par les experts, en dépit de la demande formelle formulée par le SMR dans son avis du 6 septembre 2022 (dossier AI, p. 204). Si ces éléments ne portent pas, à première vue, sur les atteintes principalement déterminantes pour l'évaluation de la capacité de travail, leur absence du dossier expertal constitue néanmoins une lacune dans la reconstitution exhaustive de l'état de santé de la recourante, laquelle doit être prise en considération dans l'appréciation globale de la force probante de l'expertise. 6.3. Sous l'angle matériel et d'un point de vue rhumatologique, le Dr E. \_\_\_\_\_, expert en rhumatologie, a tout d'abord consigné ses premières observations, dans lesquelles il constate que la marche est fluide mais précautionneuse et que l'autonomie est préservée dans les déplacements et l'habillement. Il a ensuite procédé à un examen clinique complet et systématique de la recourante, en explorant l'ensemble des hypothèses pertinentes, notamment par l'examen du rachis, des membres supérieurs et inférieurs, l'examen neurologique ainsi que la recherche de points fibromyalgiques. 6.3.1. S'agissant de la situation rachidienne, l'on constate que l'expert rhumatologique n'a pas minimisé les douleurs alléguées par la recourante. En dépit d'un examen clinique révélant une palpation insensible et une mobilité préservée, il a retenu la présence d'une uncodiscarthrose C5- C6, d'un canal cervical étroit ainsi que de discopathiques dégénératives L4-L5 et L5-S1. Ces diagnostics concordent avec ceux posés antérieurement par ses confrères, en particulier avec les conclusions du Prof. L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, chef de service de M. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 juin 2022, établi à l'issue d'un séjour de la recourante dans le cadre d'une prise en charge multimodale de la douleur. L'expert rhumatologue rapporte que, lors de l'examen qui a duré une heure,

l'intéressée s'est levée une à deux fois, en raison de douleurs lombaires. Il a également procédé à un examen neurologique, dont le résultat s'est révélé normal. Il estime que les symptômes allégués sont cohérents et plausibles au regard de l'atteinte dégénérative arthrosique cervico-lombaire et du syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, ces éléments ayant été validés cliniquement et apparaissant médicalement compréhensibles. L'expert constate par ailleurs qu'aucune divergence ne ressort du dossier, à l'exception du diagnostic de spondylarthrite posé en 2019, lequel n'apparaît plus actif. Les critères diagnostics ne sont en effet que partiellement remplis: les radiologues de M. \_\_\_\_\_ n'ont constaté ni atteinte sacro-iliaque ni signes inflammatoires rachidiens, mais plutôt une maladie de Forestier sur les IRM de 2019 (dossier AI, p. 318). L'absence de syndrome inflammatoire, la négativité du HLA-B27 (marqueur génétique dont la présence augmente la probabilité d'une spondylarthrite, tandis que son absence rend ce diagnostic moins vraisemblable) et l'échec de la biothérapie

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 conduisent l'expert à reconsidérer ce diagnostic, conformément aux conclusions du Prof. L. \_\_\_\_\_, selon lesquelles il n'existe pas d'argument en faveur d'une activité actuelle de la spondylarthrite. Dans son rapport d'expertise complémentaire de mai 2024, l'expert n'indique enfin qu'aucun des éléments médicaux produits au cours de la procédure d'opposition n'est de nature à modifier les conclusions de la partie rhumatologique. 6.3.2. Il résulte de ce qui précède que, s'agissant de la description des atteintes rhumatologiques essentiellement dégénératives et de l'évaluation des limitations fonctionnelles qui en découlent, l'analyse de l'expert apparaît globalement cohérente et étayée. Les limitations fonctionnelles retenues, à savoir la nécessité d'alterner les positions assise et debout, d'éviter les charges supérieures à 15 kg, les postures pénibles et les sollicitations répétées du rachis, sont compatibles tant avec les constatations cliniques qu'avec les avis médicaux antérieurs, en particulier celui du Prof. L. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 24 juin 2022, dossier AI, p. 319). En revanche, la Cour éprouve des réserves quant à la traduction médico-théorique de ces constatations dans l'évaluation de la capacité de travail. En effet, sur la base des limitations décrites, l'expert rhumatologue conclut à une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, admettant une perte de rendement de 10% liée à l'ensemble des symptômes douloureux et la fatigabilité associée. Il précise à cet égard que "cette capacité aurait pu évoluer de façon favorable depuis toujours en-dehors des crises douloureuses aiguës". Or, s'il se réfère, pour les mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer la capacité de travail, aux recommandations formulées par le Prof. L. \_\_\_\_\_ dans son rapport de juin 2022 (dossier AI, p. 282), l'expert s'en écarte sensiblement lorsqu'il s'agit d'apprécier le taux concret de capacité de travail, sans exposer de manière circonstanciée les raisons médicales justifiant une telle divergence. Il ne discute en particulier pas les nombreux avis médicaux antérieurs, largement concordants, qui limitaient la capacité de travail de la recourante à un taux nettement inférieur, compris entre 15% et 30%, y compris dans le cadre de mesures de réinsertion effectivement mises en œuvre par l'assurance- invalidité. Ainsi, tant les rapports de coaching personnalisés de février 2021 et de mars 2022 (dossier AI, pp. 152 et 186 s.) que les appréciations des médecins traitants et spécialistes consultés entre 2021 et 2022 relèvent de manière constante l'importance des douleurs, de la fatigabilité ainsi que des troubles cognitifs et excluent une reprise durable d'une activité professionnelle à un taux supérieur à 30% (cf. not. rapport du 26 juin 2021 de la Dre N. \_\_\_\_\_, médecin praticienne et ancienne médecin traitante de la recourante; rapport du 10 mai 2022 rédigé par la Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, dossier AI, pp. 102

et 200). Le Prof. L. \_\_\_\_\_, à l'issue d'un séjour hospitalier en juin 2022, a lui-même retenu d'importantes limitations physiques et cognitives, incompatibles avec des postures statiques prolongées, le port de charges lourdes ou certaines sollicitations du rachis, et a préconisé le maintien d'un taux de travail de 15%, estimant qu'une augmentation au-delà de 30 à 50% apparaissait peu réaliste (cf. rapport du 24 juin 2022, dossier AI, p. 319). Par ailleurs, l'expert rhumatologue n'avance nullement que la recourante – dont l'engagement et la persévérance ont au contraire été relevés et salués tout au long des mesures professionnelles (cf. rapport de coaching personnalisé de mars 2022, dossier AI, p. 186) – aurait exagéré sa symptomatologie, ni que les médecins qui l'ont suivie se seraient laissé guider exclusivement par ses plaintes subjectives. Il relève au contraire que les symptômes invoqués apparaissent cohérents

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 et plausibles au regard des atteintes constatées, ayant été validés cliniquement et jugés médicalement compréhensibles. 6.3.3. Dans ces conditions, l'expert rhumatologue ne fournit pas une analyse suffisamment approfondie permettant de comprendre de manière convaincante pour quels motifs médicaux la capacité de travail serait désormais évaluée à 90%, alors même que l'évolution clinique de la recourante a été décrite comme défavorable, ou à tout le moins stationnaire, par plusieurs intervenants spécialisés. Cette lacune est de nature à susciter, à tout le moins, un doute quant à la solidité matérielle de la conclusion relative à la capacité de travail retenue sur le plan rhumatologique. 6.4. Sous l'angle matériel mais d'un point de vue psychique, le Dr F. \_\_\_\_\_, expert psychiatre, relate d'abord de manière détaillée les déclarations de la recourante recueillies lors de l'entretien approfondi, portant notamment sur son affection actuelle ainsi que sur son anamnèse psychiatrique systématique et sociale. Sur le plan de l'examen clinique, il observe une humeur globalement neutre, voire joviale, parfois teintée d'émotivité lorsque la recourante évoque ses limitations, ainsi qu'une attention et une concentration jugées stables et de bonne qualité. Avant de procéder à l'évaluation médicale, il résume l'examen neuropsychologique réalisé le 3 février 2023 dans le cadre de l'expertise. Il souligne que les troubles mnésiques sévères décrits par la recourante n'ont pas été objectivés, l'examen mettant en évidence un fonctionnement cognitif globalement préservé, malgré une tendance à la majoration des difficultés. Il relève que l'experte neuropsychologue a qualifié l'atteinte neuropsychologique de légère, sans limitation fonctionnelle significative dans la vie quotidienne ni dans la majorité des activités professionnelles, admettant toutefois une baisse de rendement d'environ 20% (recte: 10%). 6.4.1. S'agissant de ce volet de l'expertise, la Cour relève que lors de son évaluation médicale, l'expert psychiatre affirme que "la personne assurée se plaint de difficultés cognitives et de fatigue qui n'ont pas été constaté lors de l'examen clinique" (sic) (dossier AI, p. 290). Or, cette affirmation apparaît difficilement conciliable avec les conclusions mêmes de l'évaluation neuropsychologique, laquelle met en évidence des "difficultés significatives sur le plan de l'attention et de l'inhibition, également constatées cliniquement" (dossier AI, p. 306). L'expert psychiatre n'explique cependant pas pour quelles raisons ses propres constatations cliniques s'écartent de celles de la neuropsychologue, alors même que cette dernière ne relève pas de réelle discordance dans l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, hormis la question de la fatigue, reconnue comme délicate à apprécier objectivement et relevant principalement de l'appréciation psychiatrique en l'absence d'étiologie neurologique ou neurodéveloppementale. A cet égard, si, comme l'a souligné l'expert psychiatre, la neuropsychologue a effectivement constaté une majoration des difficultés au moyen d'un questionnaire de validation des symptômes, elle n'a toutefois pas

conclu à une exagération volontaire (dossier AI, p. 304). Une telle constatation tend plutôt à indiquer que cette majoration pourrait s'inscrire dans le cadre de la symptomatologie douloureuse chronique et/ou de facteurs psychiques sous-jacents, lesquels auraient dû être intégrés de manière plus approfondie dans l'évaluation de la capacité de travail. 6.4.2. Par ailleurs, dans le cadre de son examen de la cohérence et de la plausibilité, l'expert psychiatre discute les divergences avec les appréciations antérieures, en expliquant les raisons pour lesquelles il écarte les diagnostics de personnalité anxieuse et de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique, posés par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il considère que les critères d'un trouble spécifique de la personnalité, tel que le

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 diagnostic de personnalité anxieuse, ne sont pas remplis, la recourante ayant présenté, jusqu'en 2019, un fonctionnement professionnel, familial et social globalement stable. Il retient dès lors uniquement une accentuation de traits anxieux (Z73.1). De même, il estime que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, n'est pas corroboré par les constatations objectives, l'examen clinique ne révélant ni ralentissement psychomoteur, ni trouble attentionnel significatif, ni idées suicidaires, la recourante demeurant par ailleurs active, socialement intégrée et capable d'exercer une activité professionnelle à temps partiel. Or, la Cour relève que l'analyse neuropsychologique nuance cette appréciation. L'experte neuropsychologue relève en effet que la recourante a évalué son niveau de dépression et de l'anxiété à 0/10 ou presque, "tout en commençant à pleurer (avec un affect qui est ressenti comme authentique par l'examinatrice)". De la discussion, il ressort qu'elle "ne peut pas s'avouer être déprimée" et qu'elle se retrouve "peu bien moralement mais elle ne peut pas l'admettre car elle a été éduquée à ne jamais laisser de la place aux faiblesses". La neuropsychologue mentionne également, dans le cadre de l'échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression, un score de 9/21 qualifié de "douteux" sur le plan dépressif (dossier AI, p. 303). Par ailleurs, l'hospitalisation en clinique psychiatrique en mai 2025, attestée par le mandataire de la recourante en juillet 2025, constitue un élément susceptible de relativiser l'appréciation portée par l'expert psychiatre quant à la gravité des troubles dépressifs en cause. Si ces éléments ne suffisent certes pas à établir l'existence d'un trouble dépressif sévère au sens strict des critères diagnostiques, ils contribuent néanmoins à susciter des incertitudes dans l'appréciation de l'état psychique réalisée par l'expert. 6.4.3. Toujours dans le cadre de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert psychiatre relève qu'il y a une limitation uniquement dans le domaine professionnel, dès lors que la recourante demeure active deux après-midis par semaine, conduit son véhicule, accomplit diverses tâches domestiques, participe à des activités récréatives, dont certaines sollicitent les capacités cognitives (lecture, sudoku, jeux de lettres, puzzles), et se montre autonome dans l'ensemble des actes usuels de la vie quotidienne. Ces constatations doivent cependant être mises en perspective avec les éléments ressortant des mesures de réinsertion et des rapports médicaux antérieurs. En effet, il ressort des mesures de réinsertion mises en œuvre dès 2021 par l'OAI que la recourante nécessitait un accompagnement important dans les actes de la vie quotidienne, notamment pour les courses, la lessive ou le ménage (cf. rapports de coaching personnalisé, dossier AI, pp. 74, 112 et 154). Le soutien dans les tâches ménagères est également rapporté par ses différents médecins traitants (cf. rapports médicaux des 8 janvier 2020 et 10 mai 2022, établis par la Dre O.\_\_\_\_\_ à la demande l'OAI, dossier AI, pp. 45 et 200, rapport médical du 24 janvier 2022, établi par le Dr P.\_\_\_\_\_ à la demande l'OAI, dossier AI, p. 136). L'expert psychiatre n'expose pas sur quelles bases objectives il

retient l'hypothèse d'une autonomie désormais pleine, si ce n'est par l'évocation implicite, non étayée, d'une amélioration progressive. 6.4.4. En outre, l'examen neuropsychologique réalisé en mars 2022 par Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie, et R.\_\_\_\_\_, tous deux psychologues au Centre de psychiatrie S.\_\_\_\_\_, doit être mentionné. Dans leur rapport du 17 mars 2022, ceux-ci retiennent des troubles cognitifs modérés, principalement attentionnels et exécutifs, compatibles avec un trouble neuropsychologique de degré moyen, entraînant des limitations fonctionnelles significatives, en particulier dans les activités professionnelles exigeantes. Ils estiment que ces difficultés sont d'origine essentiellement thymique et recommandent des investigations complémentaires ainsi

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 qu'un suivi évolutif afin d'exclure une cause neurodégénérative (dossier AI, p. 371 s.). A cette fin, une IRM cérébrale a été réalisée le 23 mars 2022. Bien que le rapport correspondant ne figure pas au dossier AI, cet examen n'a mis en évidence aucune anomalie cérébrale. Or, il sied de relever que la neuropsychologue mandatée dans le cadre de l'expertise n'a pas remis en cause la validité des conclusions antérieures quant à l'existence de troubles cognitifs, relevant certes une amélioration sur le plan de la mémoire épisodique depuis mars 2022, mais confirmant la persistance de difficultés attentionnelles et inhibitrices. Elle retient que la capacité fonctionnelle peut être limitée dans les tâches et les activités requérant un niveau d'exigence élevé en mentionnant toutefois que la présence de difficultés d'attention et une lenteur occasionnelle n'empêcheraient pas les activités complexes tels que l'enseignement en classe enfantine et la conduite automobile, soulignant que la recourante n'est plus référente de classe. Sur cette base, elle admet une baisse de la capacité de travail de l'ordre de 10%, tout en précisant expressément que cette estimation ne tient pas compte des aspects comportementaux ni de la fatigabilité. Se fondant sur cette appréciation, l'expert psychiatre retient que la neuropsychologue aurait évalué la baisse de la capacité de travail à 20%, alors que celle-ci l'a pourtant expressément limitée à 10%. Il en déduit que l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante et la présence d'un effet d'amplification conduiraient à une incapacité inférieure à ce seuil. Un tel raisonnement ne convainc pas. Comme relevé précédemment, la majoration observée peut s'inscrire dans le cadre de la symptomatologie douloureuse chronique et/ou de facteurs psychiques sous-jacents, lesquels n'ont pas fait l'objet d'une analyse suffisamment approfondie dans l'expertise. Par ailleurs, en mettant en avant le fait que la recourante n'exerce plus la fonction de référente de classe afin de relativiser l'impact des troubles attentionnels, la neuropsychologue et l'expert psychiatre admettent implicitement que ces troubles seraient davantage limitants dans l'exercice d'une telle fonction. Il apparaît dès lors contradictoire de retenir, dans l'évaluation interdisciplinaire, une capacité de travail de 90% "dans son activité habituelle de formatrice et institutrice", sans distinguer ni discuter les exigences propres à une fonction avec responsabilité de classe. Dans ces conditions, l'appréciation retenue ne saurait être suivie, faute d'une analyse différenciée et cohérente des exigences professionnelles concrètes au regard des limitations constatées. 6.4.5. Enfin, dans son complément d'expertise de mai 2024, l'expert se limite à indiquer, de manière générale, qu'aucun des éléments médicaux produits en procédure d'opposition ne justifie de modifier ses conclusions retenues sur le plan psychiatrique, en précisant avoir examiné les troubles anxio-dépressifs selon les critères de la CIM-10 et intégré les troubles cognitifs à la lumière de l'évaluation neuropsychologique, en tenant compte de certaines incohérences relevées. Il note encore avoir procédé à une analyse globale de cohérence, incluant l'examen des ressources et des critères jurisprudentiels de gravité, pour fonder son appréciation de la capacité de travail.

Sur ce point, la Cour relève toutefois que ce complément ne comporte aucune discussion ciblée des contradictions relevées, ni d'analyse approfondie de l'évolution temporelle de la situation psychique et neuropsychologique, se bornant à réaffirmer les conclusions initiales sans répondre aux critiques soulevées par la recourante. Dans ce contexte, l'appréciation psychiatrique de la capacité de travail, telle que retenue dans l'expertise, soulève des interrogations quant à sa cohérence interne et à sa concordance avec l'évolution documentée de la situation psychique et neuropsychologique de la recourante. Faute d'une appréciation médicale suffisamment étayée et consensuelle de la situation, l'existence d'une atteinte psychique susceptible d'influencer la capacité de travail ne pouvait être écartée avec le degré de vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales. A

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 tout le moins, ces éléments imposaient un examen plus nuancé de l'évolution temporelle de la capacité de travail, notamment sous l'angle de l'octroi éventuel d'une rente limitée dans le temps ou d'une évaluation échelonnée tenant compte d'une amélioration progressive, plutôt que l'admission d'une capacité de travail durablement élevée. 6.5. Partant, les conclusions expertales, tant sur le plan rhumatologique (cf. supra consid. 6.3.) que psychiatrique (cf. supra consid. 6.4.), ne suffirent pas à emporter la conviction de la Cour de céans. 6.6. Au surplus, les appréciations émanant des médecins traitants de la recourante ne sauraient se voir reconnaître une pleine valeur probante au regard des exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral en lien avec les troubles psychiques, vu notamment le lien de confiance qui les unit à leur patient. En particulier, tant l'ancienne médecin généraliste traitante, la Dre N. \_\_\_\_\_, que le psychiatre traitant, le Dr P. \_\_\_\_\_ et la Dre O. \_\_\_\_\_, ont évalué l'incapacité de travail de la recourante de manière sommaire et imprécise, sans procéder à une analyse médico-théorique circonstanciée (cf. rapport médical du 26 juin 2021 de la Dre N. \_\_\_\_\_, dossier AI, p. 105, rapport médical du 24 janvier 2022 du Dr P. \_\_\_\_\_, dossier AI, p. 139 s. et rapport médical du 10 mai 2022 de la Dre O. \_\_\_\_\_, dossier AI, p. 200). Il en va de même du Prof. L. \_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 24 juin 2022, est resté vague sur le taux raisonnablement exigible de la part de la recourante, en recommandant le maintien d'une capacité de travail de 15%, tout en estimant qu'une augmentation au-delà de 30 à 50% apparaissait peu réaliste (dossier AI, p. 319). 7. 7.1. Il découle de ce qui précède que l'état de fait médical ne permet pas de retenir, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales, une capacité de travail durablement fixée à 90% depuis 2019. En particulier, si l'expertise litigieuse satisfait formellement aux exigences jurisprudentielles, ses conclusions apparaissent matériellement fragilisées par plusieurs incohérences et lacunes déterminantes. D'une part, les experts ne motivent pas de manière convaincante le relèvement substantiel de la capacité de travail, alors que l'évolution clinique a été décrite comme défavorable, ou à tout le moins stationnaire, par de nombreux intervenants spécialisés et que les mesures de réinsertion effectivement mises en œuvre font également état de limitations fonctionnelles marquées et persistantes. D'autre part, l'évaluation psychiatrique ne parvient pas à intégrer de manière cohérente les constatations issues des différents examens neuropsychologiques notamment s'agissant des troubles attentionnels, de la fatigabilité et de leur impact fonctionnel concret, lesquels ne peuvent être relégués à une simple baisse de rendement de 10% sans analyse circonstanciée. 7.2. Partant, la décision querellée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, propre à clarifier de manière circonstanciée la capacité de travail de la recourante et son évolution dans le temps. Il lui incombera également d'éclaircir la situation psychiatrique et

neuropsychologique en tenant compte de l'évolution temporelle des atteintes et de leurs répercussions fonctionnelles. Sur cette base, l'autorité intimée statuera à nouveau sur le droit à des prestations, en examinant notamment la question d'un éventuel droit à une rente limitée dans le temps ou d'une évaluation échelonnée de l'invalidité. Une fois ces éléments médicaux complémentaires réunis, il appartiendra à l'autorité intimée de déterminer le degré d'invalidité, ainsi que ses éventuelles variations dans le temps, à compter de la

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 date à partir de laquelle un droit à des prestations pourrait naître. Elle rendra ensuite une nouvelle décision, susceptible de recours, statuant sur le droit de la recourante à des prestations. 8. 8.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise. 8.2. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'admission du recours, ils sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant versée par la recourante lui est restituée. 8.3. Le renvoi pour instruction complémentaire valant gain de cause total, la recourante a droit à des dépens entiers (art. 61 let. g LPG; ATF 135 V 473). Son mandataire a produit sa liste de frais le 3 décembre 2025, laquelle prévoit un montant total de CHF 5'967.89, à savoir CHF 5'229.16 au titre d'honoraires (20h55 à CHF 250.-), CHF 291.45 au titre de débours (correspondant à un forfait de 5%) et CHF 447.28 au titre de la TVA à 8.1%. La Cour rappelle toutefois que la fixation de débours forfaitaires ne correspond pas aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), ces derniers devant être facturés au prix coûtant (art. 9 al. 1 Tarif JA). Par ailleurs, le mandataire a inclus dans sa liste de frais des opérations effectuées avant le prononcé de la décision attaquée pour une durée de 9h32. Conformément à l'art. 11 Tarif JA, il convient par conséquent de corriger la liste de frais et de fixer l'indemnité de partie comme suit: CHF 2'845.85 au titre d'honoraires (11h23 à CHF 250.-), CHF 100.- au titre de débours et CHF 238.60 au titre de la TVA à 8.1%, soit un total de CHF 3'184.45, laquelle est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire de la recourante (art. 141 CPJA). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 9 décembre 2024 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais versée par A. \_\_\_\_\_ à une hauteur de CHF 800.- lui est restituée. IV. L'indemnité de partie allouée à A. \_\_\_\_\_ est fixée à CHF 3'184.45, TVA à 8.1% par CHF 238.60 incluse. Elle est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg et versée directement à Me Sébastien Dorthe. 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. Fribourg, le 4 février 2026/tac La Présidente suppléante La Greffière

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.