

# FR\_GERICHTE 605 2025 63 vom 6. November 2025

FR Kantonsgericht, 2025-11-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2025\\_63](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2025_63)

FR: FR\_GERICHTE 605 2025 63 du 6 novembre 2025

IT: FR\_GERICHTE 605 2025 63 del 6 novembre 2025

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 18

juin 2012. Selon une déclaration d'accident du 27 juillet 2012, le 14 juillet 2012, elle est montée sur une échelle pour nettoyer sa vitrine lorsqu'elle a perdu l'équilibre et est tombée sur le bas du dos. C.\_\_\_\_\_, auprès de laquelle elle était assurée contre les accidents professionnels et non- professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles, a pris le cas en charge. Dans le cadre de l'instruction, elle a notamment demandé un avis aux médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_, lesquels ont conclu dans un rapport du 4 mars 2013 que l'état antérieur avait été retrouvé six semaines après la survenance de l'accident. L'incapacité de travail a été maintenue dans le contexte de l'assurance perte de gain maladie, également conclue auprès de C.\_\_\_\_\_. Dans ce cadre, le cas a derechef été soumis aux médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_, lesquels ont rendu un rapport d'expertise le 17 janvier 2014. Ils y concluent que l'assurée est en mesure de reprendre son ancien travail dans le domaine de la restauration, sans restriction. B. Entretemps, le 8 août 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI). Se fondant sur les pièces récoltées par C.\_\_\_\_\_, par décision du 23 mai 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'assurance au motif qu'il n'y avait pas de justification à une incapacité de travail durable en l'absence d'atteinte à la santé objectivable. Cependant, par courrier du 28 mai 2014, l'OAI a annulé cette décision, indiquant qu'elle devait être considérée comme nulle et non avenue et que d'autres investigations devaient encore être effectuées. Avis pris auprès du médecin de son Service médical régional (SMR), par décision du 12 septembre 2014, l'OAI a nié à l'assurée le droit aux prestations d'assurance, reprenant ses précédents motifs. Le 17 octobre 2014, l'assurée a contesté cette décision devant le Tribunal cantonal du canton de Fribourg. Par arrêt du 3 juin 2016 (605 2014 220), le Tribunal a rejeté le recours interjeté par l'assurée. C. Le 9 novembre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance auprès de l'OAI. Par décision du 22 novembre 2016, ce dernier n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande. D. Le 7 décembre 2016, par le biais du service social, elle a déposé une nouvelle demande. Le 13 février 2017, l'OAI n'est, à nouveau, pas entré en matière sur cette demande.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 18 Le 22 mars 2017, l'assurée a contesté cette décision devant le Tribunal cantonal, lequel a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision par arrêt du 27 décembre 2017 (605 2017 62). A la suite de cet arrêt, l'OAI a mis sur pied une expertise auprès du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 11 décembre

2018, l'expert a conclu que l'assurée était en mesure de travailler dans l'ensemble des activités, moyennant une perte pondérale et un reconditionnement. Par décision du 19 mars 2019, reprenant un projet du 14 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif qu'aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail n'était retenu. Le 6 mai 2019, l'assurée a contesté ce refus devant le Tribunal cantonal, qui a rejeté le recours par arrêt du 19 juin 2020 (605 2019 117). E. Le 8 octobre 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance auprès de l'OAI en raison de « rachialgies chroniques sur arthrite psoriasique et troubles dégénératifs étagés », de « gonalgies invalidantes sur conflit fémoroacétabulaire bilatéral », de « gonalgies gauches avec lésion méniscales et blocage itératif » et de « gonalgies droites avec IRM en attente ». Après que l'OAI l'avait informée qu'elle prévoyait de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande le 21 décembre 2021, l'assurée a produit un rapport de sa rhumatologue traitante. L'OAI s'est, en outre, vu produire des rapports des médecins de l'assurée. Se fondant sur une appréciation du médecin de son SMR, par projet de décision du 23 janvier 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il prévoyait rejeter sa demande, se fondant sur un degré d'invalidité de 18.38%. Le 23 février 2023, l'assurée a contesté ce projet de décision. Suite à ces objections, l'OAI a mis sur pied une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) auprès des Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans un second temps, un volet neurologique supplémentaire a été diligenté auprès du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans leurs rapports des 29 janvier et

## E. 22

avril 2024, les experts ont considéré que l'assurée n'était plus en mesure de travailler dans son ancienne activité de serveuse, mais lui reconnaissaient une pleine capacité de travail, compte tenu d'une diminution de rendement de 30%, dans une activité adaptée depuis début 2020. Par décision du 12 mars 2025, reprenant un second projet de décision du 21 mai 2025, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, se fondant sur un degré d'invalidité de 28.65% jusqu'au 31 décembre 2023, respectivement 35.87% pour la période postérieure au 1er janvier 2024. Par communication séparée du 21 mai 2024, il lui a en revanche reconnu le droit à un soutien lors de la recherche d'un emploi adapté. F. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours (605 2025 63) devant le Tribunal cantonal du canton de Fribourg le 1er mai 2025, concluant, en substance, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. A l'appui de ses conclusions, elle conteste la valeur probante de l'expertise. Elle soutient, en particulier, que les experts ont retenu à tort qu'elle ne prenait pas d'antalgique de sorte que leurs conclusions ne convainquent pas. Elle se prévaut, par ailleurs, des rapports de ses propres

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 médecins, lesquelles s'opposent aux avis des experts. Selon elle, ces derniers ne tiennent pas compte de l'interaction entre ses différentes maladies. Parallèlement, elle demande (605 2025 64) à bénéficier de l'assistance judiciaire gratuite totale et que son Me Sansonnens soit nommé défenseur d'office. Dans ses observations du 8 mai 2025, l'OAI propose le rejet du recours. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures entre les parties. Lorsque nécessaire, il sera fait état des éléments soulevés par les parties dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile - compte tenu des suspensions pascales - et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. L'assurée, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée

ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. Droit applicable Dans le cadre du développement continu de l'AI, notamment la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité (LAI; RS 831.20), 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 2535). 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 linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) 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. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 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). En l'occurrence, la nouvelle demande de prestation a été déposée le 8 octobre 2021, de sorte que l'éventuel droit à des prestations d'assurance débute postérieurement au 1er janvier 2022. Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 sont applicables. 3. Dispositions légales applicables en matière de rente 3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), 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), 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. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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. Selon les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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 aLAI). Désormais, en vertu de l'art. 28b al. 1 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. L'al. 2 dispose que, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Selon l'al. 3, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%. 3.3. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 3.4. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C\_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). L'art. 26 al. 1 RAI prescrit que le revenu sans invalidité est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable. Cependant, selon l'art. 26 al. 2 RAI, si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95 % de ces valeurs médianes. Enfin, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des

valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI). 3.5. Selon l'art. 26bis al. 1 RAI, si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. L'al. 2 1ère phr. de cette même disposition retient que si l'assuré ne réalise pas de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18

revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'exercice d'une activité à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C\_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et

professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78 ss).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 4. Dispositions relatives aux nouvelles demandes L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, dans sa version en vigueur depuis le 1er janv. 2022 (RO 2021 705), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou atteint 100 %. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. Arrêts du TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n. 4; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 5. Dispositions relatives à l'appréciation des preuves 5.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, 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

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel 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). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 5.4. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question

nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 6. Discussion du cas d'espèce En matière de nouvelle demande, il convient de déterminer si l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins en découlant s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Dans ce contexte, il n'est pas sans intérêt de rappeler, dans un premier temps, les circonstances des précédents refus de prestations, confirmés par la Cour de céans dans un arrêt du 3 juin 2016 (605 2014 220) puis dans un arrêt du 19 juin 2020 (605 2020 117). 6.1. Au moment du premier refus Le premier refus se fondait d'abord sur les conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, tous deux experts au sein de la Clinique D. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 17 janvier 2014 (dossier OAI, docs 28 et 29; cf. ég. doc 3), ceux-ci estimaient que l'assurée ne souffrait pas de troubles psychiques, en l'absence de plaintes dans ce domaine. Sur le plan somatique, ils concluaient que l'accident avait cessé de déployer ses effets dans les six semaines après le traumatisme mais que l'assurée présentait un état antérieur s'exprimant par des lombalgies, avec irradiation sciatique. Celles-ci trouvaient leur explication dans la surcharge dégénérative des articulations interapophysaires postérieures et cela, dans le cadre d'une obésité et d'un relâchement de la sangle abdominale. Ces troubles n'étaient, cependant, pas invalidants, au contraire d'une tendinite du moyen fessier droit. Ils estimaient que, quinze jours après l'instauration d'un traitement adéquat, une rémission significative devrait être observée et l'assurée en mesure de travailler dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions et limitant le port de charge lourdes (jusqu'à 50kg occasionnellement et/ou 12-25kg souvent et/ou 5-10kg en permanence). L'ancienne activité était considérée comme adaptée. A la même époque, dans des rapports des 25 février 2014, 31 juillet 2014 et 16 mars 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, était, pour sa part, d'avis que l'assurée présentait des lombalgies chroniques non spécifiques sans substrat organique avec plusieurs facteurs non médicaux contribuant à l'entretien de son état douloureux. Sur le plan psychique, il estimait qu'aucune des affections psychiques attestées par le psychiatre traitant ne justifiait une incapacité de travail. Dès lors, selon lui, il n'y avait pas de justification à une incapacité de travail durable en l'absence d'atteinte à la santé objectivable (dossier OAI, doc 33, 50 et 70). Pour sa part, la Dre L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, évoquait les diagnostics de lombalgies chroniques aspécifiques, de déconditionnement musculaire focal et global chez une patiente obèse et de facteurs psychologiques associés à des douleurs chroniques et situation socio- familiale difficile (F 54). Elle n'avait pas d'explication quant à ces limitations, les mettant à charge d'un déconditionnement global et de craintes de l'assurée dans ses capacités physiques avec une

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 autolimitation. Sur le plan somatique, elle l'estimait apte à travailler à 100% dans une activité légère sans port ou manipulation de poids. En revanche, du point de vue psychologique, elle trouvait « un passé très lourd chez une jeune femme qui n'avait jamais accepté le divorce de ses parents, elle-même abandonnée par son compagnon et ayant à sa charge actuellement une fille qui a un trouble d'invasion de développement » (dossier OAI, doc. 32; cf. ég. doc 3, 14). A cette époque, la Dre M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, en rhumatologie et en médecine interne générale, s'opposait à ces conclusions. La médecin traitante estimait que sa patiente souffrait d'un syndrome douloureux généralisé (fibromyalgie) et d'une périarthropathie de la hanche des deux côtés. Elle indiquait que sa patiente avait, de manière crédible, des douleurs en cas de changement de position même dans un contexte calme et il

lui semblait impossible qu'elle puisse travailler à 100%. Elle évoquait également la présence de possibles troubles psychiques. Selon elle, sa patiente pouvait tout au plus reprendre un travail à raison de deux heures par jour, avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité adaptée (dossier OAI, doc. 37). Le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin praticien et spécialiste en rhumatologie, était d'un avis semblable, évoquant une capacité de travail de deux heures par jour dans une activité sans port de charges de plus de 15 kg en raison de lombalgies chroniques (dossier OAI, doc 17). Quant au Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il retenait les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme, de trouble dépressif récurrent en rémission partielle et de dysthymie. Néanmoins, aucun traitement psychotrope n'était alors prescrit. Il indiquait que, au niveau physique, sa patiente rapportait des douleurs importantes ainsi qu'une asthénie très importante. Il attestait d'une capacité de travail de 10% à 20% dans une activité adaptée, dans une optique motivationnelle (dossier OAI, doc. 45).

6.2. Troisième demande Suite au premier refus de prestations confirmé par le Tribunal cantonal, l'assurée a déposé deux nouvelles demandes, dont la dernière a finalement conduit à la réalisation d'une expertise auprès du Dr E. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 11 décembre 2018, ce dernier estimait que la recourante souffrait de lombalgies chroniques sans manifestations neurologiques, associées à des cervico-dorsalgies dans le contexte d'un déconditionnement global et d'un possible rhumatisme psoriasique. Il évoquait également une gonalgie bilatérale avec arthrose fémoro-patellaire droite, un psoriasis du cuir chevelu depuis 1994 et une obésité de classe 3. Cependant, ces troubles n'étaient pas invalidants. Il écartait le diagnostic de rhumatisme psoriasique, en l'absence de signe clinique visible à son propre examen, aux constats cliniques au dossier et à l'imagerie médicale. Le tableau était surtout influencé par des difficultés psychosociales, de possibles troubles psychiques ainsi que l'excès pondéral progressif, évoquant également la présence d'incohérences visibles lors de l'examen. Il relevait que l'argumentaire des médecins traitants de l'époque se focalisait sur le lien entre les plaintes de la personne assurée et le diagnostic qu'ils retiennent sans évoquer un diagnostic différentiel comme le voulait les règles de l'art. Ce rapport d'expertise avait convaincu la Cour de céans, qui en avait suivi les conclusions dans son arrêt du 19 juin 2020. A cette époque, l'assurée était suivie par la Dre P. \_\_\_\_\_, non inscrite dans le registre des professions médicales (<https://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>). La médecin traitante contestait l'appréciation du Dr E. \_\_\_\_\_ et citait les diagnostics d'arthrite psoriasique

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 avec atteinte axiale et enthésitique, d'obésité de classe 3 selon l'OMS et de gonarthrose fémoro- patellaire droite débutante. Elle retenait en particulier le diagnostic d'arthrite psoriasique en se fondant sur le caractère spécifique des douleurs avec des rachialgies inflammatoires, la présence d'enthésites à l'examen clinique, une IRM fortement suggestive et inexplicable par d'autres pathologies et un psoriasis connu. S'agissant de la capacité de travail, elle l'estimait à 20% dans une activité physiquement très légère avec un rendement de 50% à 75%, respectivement dans une activité occupationnelle (dossier OAI, docs 90, 97, 102, 120, 148 et 161). Le refus de rente avait à nouveau été confirmé par la Cour de céans.

6.3. Nouvelle (quatrième) demande Compte tenu de cette situation préalable, il s'agit d'examiner si l'état de santé de l'assuré a, depuis lors, évolué. A cet égard, l'OAI se réfère aux rapports d'expertise des Drs F. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, tous experts au sein de Q. \_\_\_\_\_, lesquels ont rendu leurs rapports les 29 janvier et 22 avril 2024. Ces conclusions ont été complétées le 4 septembre 2024 dans le contexte des objections au projet de décision de l'assurance-invalidité (dossier OAI, docs 220, 226 et 240).

6.3.1. D'un point de vue

rhumatologique, les experts précisent que l'assurée présente des rachialgies de longue date et des douleurs des membres inférieurs (neuropathie des petites fibres, des douleurs mécaniques des genoux, douleurs des hanches en relation avec un conflit fémoro-acétabulaire), lesquelles répondent bien pendant quelques mois aux infiltrations mais récidivent régulièrement. Ils font ainsi état d'éléments nouveaux depuis la dernière décision de l'assurance- invalidité qui s'ajoutent à des problématiques préexistantes (spondylarthrite dans le cadre d'un rhumatisme psoriasique est possible mais actuellement calme. Selon eux, ces problèmes occasionnent des limitations fonctionnelles dans les stations debout ou assise prolongées, la marche prolongée, les positions penchées en avant de manière prolongée, les travaux lourds et les ports de charges, les positions accroupies. Dans une activité légère, plutôt assise, la capacité de travail est de 100 % avec une diminution de rendement de 30% en raison de toutes les limitations fonctionnelles. D'un point de vue psychique ensuite, les experts concluent que le tableau clinique est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Ils relèvent cependant des incohérences entre les plaintes subjectives, l'examen clinique et les pièces du dossier qui les conduisent à écarter les diagnostics de trouble dépressifs récurrents (F33.4) et de dysthymie (F34.1) ainsi que l'incapacité de travail retenus par les psychiatres traitants. Selon eux, il n'y a pas de psychopathologie source de limitation fonctionnelle, en se fondant sur une appréciation conforme aux critères retenus par la jurisprudence. Enfin, d'un point de vue neurologique, les experts relèvent la présence d'une neuropathie des petites fibres découverte par suite d'une biopsie cutanée. Pour leur part, ils font néanmoins état d'un examen clinique neurologique « rigoureusement normal », d'un ENMG également normal ainsi qu'une revue des documents radiologiques à disposition qui n'apportent pas d'explication neurologique aux plaintes, ne démontrant notamment pas d'atteinte médullaire et radiculaire. Ils relèvent que les plaintes n'évoquent pas en premier lieu une pathologie neurologique. Ils estiment dès lors que dite neuropathie est peu probable au vu du caractère des phénomènes algiques et de l'absence de trouble sensitif superficiel associé. Au demeurant, ils n'observent pas de limitations

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 fonctionnelles justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail dans l'activité antérieure ainsi que dans tout autre activité potentiellement exigible, la suspicion de neuropathie à petites fibres basée uniquement sur la biopsie de peau ne suffisant pas, en présence d'un tableau clinique atypique pour ce diagnostic, à retenir l'existence d'une incapacité de travail. Il est le lieu de préciser que le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie au sein du Service médical régional (SMR), estime que les conclusions des médecins de Q.\_\_\_\_\_ sont pleinement probantes et peuvent être suivies (dossier OAI, doc 244). Force est en effet de constater que les conclusions des experts sont bien argumentées et reposent tant sur l'examen des pièces du dossier d'assurance que sur leurs propres constats cliniques. 6.3.2. L'assurée conteste les conclusions des experts en se fondant sur les rapports rédigés par ses médecins traitants. Elle se fonde d'abord sur l'avis des médecins de la clinique de rhumatologie de l'Hôpital fribourgeois, en particulier du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans ses rapports, ce médecin retient les diagnostics suivants: syndrome douloureux de fatigue chronique, douleurs neuropathiques aux membres inférieurs (neuropathie des petites fibres confirmée à la biopsie cutanée), rachialgies chroniques avec troubles dégénératifs étagés, arthrite psoriasique avec atteinte axiale et enthésitique, conflit fémoro-acétabulaire symptomatique bilatéral, obésité de classe 3 selon l'OMS avec slp bypass gastrique en 2019 et perte de 42kg, gonarthrose fémoro-patellaire droite débutante,

s/p mammoplastie de réduction en 2021, syndrome sec avec xérophtalmie et migraines. Il indique que sa patiente rapporte de nombreux réveils nocturnes ainsi qu'un dérouillage matinal de 30 minutes. Le traitement par lidocaïne est efficace contre les douleurs neuropathiques mais, sinon, aucun traitement ne parvient à diminuer les plaintes. Il précise que sa patiente a réalisé plusieurs scoring qui confirment ses conclusions (dossier OAI, doc 237). Il est à noter que le Dr S. \_\_\_\_\_ n'évoque pas expressément la question de la capacité de travail. Cependant, il a pris la succession de la Dre P. \_\_\_\_\_ et semble partager des conclusions semblables. En dernier lieu, s'agissant de la capacité de travail, elle l'estimait à 20% dans une activité occupationnelle (dossier OAI, docs 177, 181, 197 et 218). La recourante se prévaut ensuite des rapports du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie. Celui-ci estime que sa patiente présente des douleurs invalidantes et handicapantes liées à sa spondyloarthropathie axiale et périphérique dans le cadre de sa maladie psoriasique (MG30.30) ce qui conduit à un déconditionnement musculaire important. Par ailleurs, la maladie des petites fibres s'y ajoutant est une maladie douloureuse et handicapante. A cela s'ajoute encore un conflit fémoroacétabulaire au niveau du dos des deux hanches ce qui provoque une inflammation persistante des bourses pertrochantériennes ainsi que des troubles psychiques. Ces différents troubles l'empêchent de faire face à ses tâches ménagères et la limitent à l'exercice à 50%, compte tenu d'un rendement de 50%, d'une activité adaptée. Ce médecin critique les conclusions des experts, qui, selon lui, prennent compte les maladies de manière séparée alors qu'elles influencent sa patiente de manière globale et durable (dossier OAI, doc 242). Enfin, le Dr O. \_\_\_\_\_ indique que sa patiente présente une humeur abaissée voire effondrée, avec des angoisses, épuisement moral et fatigue, avec une labilité affective justifiant la mise en place d'un traitement par antidépresseur. Il retient les diagnostics de trouble douloureux persistant ainsi que de trouble dépressif récurrent, actuellement un épisode de gravité moyenne, avec syndrome somatique. Selon lui, sa patiente peut travailler à 20% avec un rendement fluctuant dans

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 une activité adaptée. Il précise que l'évolution est « plutôt négative dû à des facteurs psychosociaux, tels que des tensions de voisinage, mais également il y a une lourdeur émotionnelle associée au rejet de sa souffrance au fil des années par une société qui ne reconnaît pas ses douleurs et ses limitations provenant de sa problématique ostéoarticulaire » (dossier OAI, docs 197 et 202). 6.3.3. Cependant, les rapports produits par l'assurée n'emportent pas la conviction de la Cour. Sur le plan rhumatologique, les experts écartent le raisonnement présenté par les médecins de l'assuré, constatant que la plupart des éléments rapportés par ces derniers sont subjectifs. Le seul point objectif relevant est une raideur lombaire et cervicale. Or, ils notent une divergence entre les diagnostics, les éléments objectifs et les limitations quotidiennes décrites par l'assurée et tels que relayées par les médecins. Dans la mesure où l'évaluation de la capacité de travail doit être basée sur des éléments objectifs, ils confirment dès lors leurs conclusions. Force est de constater que, tant à lire le Dr S. \_\_\_\_\_, la Dre P. \_\_\_\_\_ que le Dr T. \_\_\_\_\_, les éléments relevés par les experts apparaissent pertinents. En particulier, on ne peut que constater que ces différents médecins traitants se fondent de manière importante sur les déclarations de leur patiente, alors que l'imagerie médicale est sans grande particularité (dossier OAI, doc 220). Dans ce contexte, le raisonnement des experts est conforme à la jurisprudence, laquelle souligne que les déclarations subjectives de la personne assurée concernant la douleur ne suffisent pas à elles seules à justifier une invalidité (partielle). Dans le cadre de l'examen des prestations relevant du droit des assurances sociales, il faut plutôt exiger que les déclarations concernant la douleur soient

suffisamment expliquées par des résultats corrélés, constatés de manière concluante par un médecin spécialiste, faute de quoi il ne serait pas possible de garantir une évaluation juridiquement équitable des droits à la rente (ATF 130 V 352 consid. 2.2). Les conclusions de la Dre P. \_\_\_\_\_ n'avaient, au demeurant, déjà pas convaincu la Cour lorsqu'elle avait rendu son précédent arrêt, lui donnant l'occasion de rappeler la distinction entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise. Quoi qu'il en soit, le fait que la recourante prenne des antalgiques ne saurait influencer un diagnostic issu de considérations objectives et reposant sur l'examen d'une imagerie médicale sans particularité. Sur le plan neurologique ensuite, les experts écartent de manière convaincante l'hypothèse d'une neuropathie des petites fibres. Ils soulignent ainsi que l'IRM du rachis et des extrémités ont été interprétées soit comme sans anomalie significative, soit comme évoquant des signes d'enthésite. Ils précisent que l'assurée ne mentionne pas de troubles sensitivo-moteurs associés actuellement significatifs et que les plaintes algiques ne sont pas compatibles avec un trouble neurologique. Ils constatent que l'examen neurologique est normal, de même qu'une ENMG réalisée peu auparavant. Seule une biopsie cutanée va dans le sens d'un tel diagnostic, mais qui ne peut expliquer les plaintes douloureuses (dossier OAI, doc 226). Par ailleurs, les conclusions des experts sont confirmées par la Dre U. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Celle-ci relève des examens cliniques normaux, des résultats d'ENMG et ENG normaux et un tableau clinique non déficitaire. Ceux-ci ne permettent pas, selon elle, « d'expliquer les plaintes de la patiente dont le bilan radiologique récent n'a pas montré d'élément en faveur d'un éventuel conflit radiculaire S1 droit dont la clinique demeure suspecte ». Elle souligne également que la symptomatologie controlatérale est peu suggestive d'une éventuelle origine neurologique (dossier OAI, doc 226).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 Sur le plan psychiatrique enfin, les experts retiennent les diagnostics de troubles anxieux-dépressifs mixtes et de trouble somatoforme, qui correspondent au tableau clinique, tout en écartant un trouble de l'adaptation, un trouble anxieux ou dépressif isolé parce que la symptomatologie est jugée chroniquement prolongée ou insuffisante. Les plaintes subjectives (humeur dépressive faible, anxiété moyenne, fatigue) ne sont que partiellement confirmées à l'examen (euthymie, anxiété faible, absence de fatigue objective), sans sentiment de détresse observable, ni organisation pathologique de la personnalité ni dépendance aux substances. Des incohérences entre les déclarations et les pièces du dossier conduisent à exclure les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.4) et de dysthymie (F34.1). L'évaluée possède des ressources suffisantes, communique, respecte les cadres, montre une certaine rigidité mais reste rationnelle, endurante, capable d'organiser son activité et d'entretenir des relations, sans limitation dans les 13 items de la mini-CIF-APP, bien qu'elle ne dispose plus d'un réseau professionnel. Cette appréciation détaillée et argumentée – fondée de surcroît sur la présence d'incohérences manifestes chez une assurée se déclarant dans l'impossibilité de travailler mais en mesure de prendre soin de sa fille de 18 ans, de s'occuper de son ménage, de conduire et de voir des amis – apparaît bien plus convaincante que les brefs rapports médicaux du psychiatre traitant. Enfin, il apparaît que les experts ont rendu des conclusions consensuelles et prennent en compte l'ensemble des troubles présentés par l'assurée, ce qui explique par ailleurs la diminution de rendement de 30% retenue. Cette appréciation est au demeurant confirmée par le Dr R. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, les avis contraires des médecins de l'assurée ne permettent pas de mettre en doute les conclusions des experts de Q. \_\_\_\_\_, de sorte que celles-ci peuvent être suivies. 6.4. Partant, la Cour de céans retient que l'assurée demeure en mesure de travailler à temps plein, compte tenu d'une perte

de rendement de 30%, dans une activité adaptée. La recourante ne conteste pas les montants retenus par l'autorité intimée dans le cadre de la comparaison des revenus. Ces montants ne paraissent par ailleurs pas devoir être remis en cause par la Cour de céans. Dès lors, c'est à juste titre que, pour la période antérieure au 1er janvier 2024, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité à CHF 53'668.20 et le revenu avec invalidité à CHF 38'241.90, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 28.74%. Pour la période postérieure au 1er janvier 2024, les revenus sans invalidité de CHF 54'634.25 et avec invalidité de CHF 35'037.20, conduisant à un degré d'invalidité de 35.87%, peuvent également être repris. Aucune aggravation significative, susceptible d'influencer sensiblement le droit de la recourante, n'est en fin de compte établie au degré de la vraisemblance prépondérante, le refus de rente demeurant d'actualité.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 7. Sort du recours Compte tenu de l'ensemble de qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 12 mars 2025 confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 8. Assistance judiciaire 8.1. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4). Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA). 8.2. La recourante est soutenue par le service de l'aide sociale de sa commune. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie. S'agissant de la seconde des conditions des chances de succès, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissent, à première vue, pas d'un très grand poids. Pour autant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible d'en conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2025 64) peut être admise et Me Sansonnens, avocat, désigné comme défenseur d'office.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 8.3. Le 16 mai 2025, le mandataire de l'assurée a produit une liste de frais, d'un montant total de CHF 1'470.60, à savoir CHF 1'337.51 au titre d'honoraires (5 h et 21 minutes à CHF 250.-), CHF 22.90 au titre de frais et CHF 110.10 au titre de la TVA (8.1%). Conformément au Tarif des frais de procédure et des

indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), en cas de fixation sur la base d'une liste de frais détaillée, l'indemnité horaire est de CHF 180.-. Dans ce contexte, le montant retenu au titre d'honoraires doit être adapté. Partant, l'indemnité versée au défenseur d'office est fixée à CHF 1'065.75, à savoir CHF 963.- au titre d'honoraires, CHF 22.90 au titre de frais et CHF 79.85 au titre de la TVA (8.1%). Elle est prise en charge par l'Etat et pourra être remboursée par la recourante si celle-ci revient à meilleure fortune. 8.4. Les frais de justice, par CHF 800.-, mis à la charge de la recourante ne sont en revanche pas prélevés, cette dernière étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours (605 2025 63) est rejeté. Partant, la décision du 12 mars 2025 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2025 64) est admise et Me Sansonnens, avocat, est désigné défenseur d'office. III. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont pas prélevés, cette dernière étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. IV. L'indemnité allouée à Me Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 1'065.75, y compris CHF 79.85 au titre de la TVA. Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. 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 6 novembre 2025/pte Le Président Le Greffier

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