

FR_GERICHTE 605 2013 160 vom 26. August 2015

FR Kantonsgericht, 2015-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_160

FR: FR_GERICHTE 605 2013 160 du 26 août 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 160 del 26 agosto 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 29

décembre 2010, elle déposa une demande de prestations (mesures pour une réadaptation professionnelle; rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI). Elle y indiquait être atteinte d'un cancer du sein gauche ayant occasionné une incapacité totale de travail depuis septembre 2010. Le 25 juin 2012, l'OAI lui communiqua prendre en charge un entraînement à l'endurance auprès du CEPAI de B. _____, du 18 juin au 23 septembre 2012; cette mesure fut prolongée consécutivement jusqu'au 23 décembre 2012, par communication du 2 octobre 2012. Le 7 février 2013, l'OAI indiqua à l'assurée projeter le refus d'une rente et lui communiqua la mettre au bénéfice d'une aide au placement. L'intéressée présenta ses objections à ce projet le 11 mars 2013. Par décision du 21 juin 2013, l'OAI rejeta la demande de prestations, retenant un taux d'invalidité de 3.70 %; l'administration considérait notamment que dans l'ancienne activité d'aide-infirmière, l'intéressée avait une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 10% s'agissant d'une activité physique, et qu'avec un emploi plus léger, sa capacité serait complète et sans perte de rendement. B. L'assurée, représentée par Me Marc Butty, avocat à Fribourg, recourt le 27 août 2013 auprès de l'Instance de céans contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa modification et à l'octroi d'une rente entière à compte du 1er septembre 2011, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, la recourante fait valoir que la reprise d'une activité professionnelle, même dans un poste adapté, n'est tout simplement pas possible, qu'elle ne l'était en tout cas pas avant janvier 2013 et ne l'est toujours pas aujourd'hui à plus de 50% selon ses médecins traitants, de sorte que l'administration s'est à tort fondée sur l'avis divergent de son service médical. La recourante s'acquitte de l'avance de frais de CHF 800.-. Le 13 décembre 2013, il est pris acte de ce Me Benoît Sansonnens, avocat, assume désormais la défense des intérêts de l'intéressée. L'OAI conclut au rejet du recours le 24 janvier 2014, considérant, en résumé, qu'à la fin de son stage au CEPAI, la recourante avait retrouvé une capacité de travail presque complète et qu'un complément d'instruction s'avère dès lors superflu. Dans ses contre-observations du 3 mars 2014, la recourante soutient que l'OAI essaie "de dévier en coup de coin la problématique réelle de ce dossier", "de se référer à des problèmes purement psychiatriques, ce qui est pratique, afin de tenter d'appliquer la jurisprudence très restrictive concernant les troubles somatoforme douloureux"; or, son atteinte à la santé n'a aucune relation avec un tel trouble, de sorte que la jurisprudence relative à ce dernier ne trouve pas application par analogie ici; elle souffre d'une fatigue liée au cancer, laquelle a un substrat

organique, soit

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 précisément le cancer, ainsi qu'aux difficultés à supporter son hormonothérapie; il apparaît que les avis médicaux des spécialistes suffisent à ouvrir le droit à une rente entière. Il est choquant qu'elle doive se battre sur le terrain judiciaire, alors qu'elle doit livrer un combat extrêmement dur et lourd contre le cancer; l'administration paraît enfin traiter de façon différente des cas semblables. Le 2 avril 2014, l'office indique maintenir ses conclusions; il n'est pas nié que persiste une certaine fatigue, à l'origine d'une diminution de rendement de 10% dans l'ancienne activité d'aide-infirmière; toutefois, dans une activité adaptée, la capacité de travail reste entière. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, l'incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2e ph. LPGA). Suivant l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, qui doit être de 40% au moins. Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative; pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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 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). b) Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 économique, et pas une notion médicale, il ne se confond 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). L'administration ou le juge apprécie

librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Enfin, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf.). c) Les atteintes à la santé psychique 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 malade, 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 (ATFA I 946/05 du 11.05. 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres réf.).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA; pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 3. a) Est litigieuse la prétention à une rente AI de l'assurée. La recourante conteste les constatations notamment médicales retenues par l'OAI et demande, à titre principal, l'octroi d'une rente entière. Elle considère, vu son état de santé actuel, ne pas être en mesure d'exercer une activité, même adaptée, à plein-temps et sans diminution de rendement, qu'aucune activité n'était possible avant janvier 2013 et le changement de son traitement hormonal, et qu'aujourd'hui, à en croire deux de ses médecins traitants, elle ne peut en avoir une à plus de

50%. La Cour relève ce qui suit: L'assurée fut soignée pour un carcinome mammaire hormono-dépendant en partie canalaire invasif, en partie papillaire, diagnostiqué le 7 septembre 2010. Après une tumorectomie large, le 10 septembre 2010 (à noter une absence de cellule néoplasique dans les ganglions sentinelles), une reprise de celle-ci intervint le 16 septembre 2010 (pas de cellules néoplasiques; toutes les nouvelles tranches de résections sont libres de tumeurs; stade pT1b pNo (0/2) cMO RO G2; cf. rapport médical de la Clinique de gynécologie et obstétrique du C._____ du 24 septembre 2010); "[a]u vu du faible de risque de récurrence à 10 ans, nous [les médecins] proposons une radiothérapie seule" ensuite (cf. rapport du 14 octobre 2010 des Drs D._____, FMH oncologie médicale et médecine interne générale, médecin-chef, et E._____, médecin-assistante, du 14 octobre 2010; radiothérapie adjuvante du 4 novembre au 21 décembre 2010). Il ressort de toutes les pièces médicales que ces opérations et leurs suites se déroulèrent de façon tout à fait satisfaisante et que le cancer fut ainsi traité (cf. parmi d'autres le rapport du 28 janvier 2011 du médecin-chef F._____, spécialiste radio-oncologie/radiothérapie, du C._____): l'assurée a un indice de performance OMS 0 – ce qui signifie qu'elle est capable d'effectuer une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction –, et cinq semaines après la fin de sa radiothérapie, vis-à-vis des effets secondaires de laquelle elle ne formule aucune plainte, seule persiste une hyperpigmentation en regard des champs d'irradiation). On peine dès lors à saisir ce à quoi fait référence la recourante lorsqu'elle soutient, dans ses contre-observations du 3 mars 2014, qu'elle "doit livrer un combat extrêmement dur et lourd contre le cancer", alors qu'elle a indiqué (cf. recours, p. 10) que celui-ci, fort heureusement en rémission, ne pose pas aujourd'hui problème. Pour la recourante, expliquent son incapacité totale d'exercer toute activité professionnelle, même adaptée, respectivement le fait qu'elle ne dispose que d'une capacité de travail 50% au plus à partir de janvier 2013, les effets secondaires du traitement antihormonal, qui dut plusieurs fois être adapté; ses limitations n'ont en outre rien à voir avec la ménopause vécue quatre ans avant son opération, mais avec le seul traitement antihormonal (cf. recours, p. 10). Plusieurs médecins ont rapporté les plaintes de l'intéressée de mauvaise tolérance aux différentes hormonothérapies dont elle a successivement bénéficié après sa radiothérapie et d'"effets secondaires invalidants" (cf. rapport du Dr G._____, médecin adjoint, FMH oncologie médicale et médecine interne générale, daté du 10 juin 2011 mais manifestement envoyé fin septembre/début octobre de la dite année, ci-après: rapport de septembre 2011) subis de ce fait

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 (bouffées de chaleur, insomnies sévères, grande fatigue, céphalées, troubles de la mémoire et de la concentration, ...). L'assurée a été tôt ménopausée, après la naissance de son troisième enfant, et fut traitée de ce fait déjà alors sur le plan hormonal; une nouvelle naissance eut lieu par la suite; en 2008, les fortes bouffées de chaleur accompagnant sa ménopause nécessitèrent la mise en place d'un traitement hormonal substitutif, toujours en cours lorsque fut découvert le carcinome et qui prit fin de ce fait (cf. rapport médical du 13 mai 2011, Dr H._____, FMH, médecin-chef, et I._____; rapport du 14 octobre 2010 des Drs D._____ et E._____ précité). La poursuite de ce traitement, qui n'est pas administré à la légère et ne l'est qu'aussi longtemps que nécessaire, atteste qu'il devait toujours être lutté contre cette problématique d'importantes bouffées de chaleur; s'il n'appert pas clairement si celles-ci avaient (totalement) disparu du fait de la médication prise ou si elles subsistaient, entraînant avec elles une altération du sommeil, l'on observera qu'en tous les cas préexistaient déjà à la découverte de son carcinome et à la fin, alors, de son activité professionnelle un certain état

de fatigue et de fragilité humorale, ainsi que des céphalées (cf. infra). Après la fin de son traitement hormonal de substitution, l'assurée se plaignit de bouffées de chaleur et d'insomnies, dont la fréquence n'augmenta cependant pas avec le début de l'hormonothérapie, par Femara, le 28 décembre 2010; elle indiquait uniquement souffrir plus souvent de céphalées d'allure habituelle, mais qu'elle connaissait de longue date et auxquelles n'était pas associé de trouble neurologique (cf. rapports du 24 février 2011 des Drs G. _____ et E. _____, intervenu après quelque deux mois de traitement antihormonal; rapport du 28 janvier 2011 du Dr F. _____: "(...) elle a débuté son traitement par Femara, a priori bien supporté, puisque la patiente présente les mêmes épisodes de bouffées de chaleur et d'insomnie qu'auparavant"). Le déroulement était ainsi favorable, ce que confirme le rapport du 17 janvier 2011 du médecin traitant le Dr J. _____, gynécologie et obstétrique, selon lequel l'évolution clinique était bonne physiquement, mais il existait une souffrance due au changement hormonal, aux céphalées et aux insomnies, plaintes et constatations objectives qui n'empêchaient pourtant pas le praticien de prévoir une reprise à 100% dès le 1er mai 2011. On ne lit que dans les rapports du 17 mars et du 12 mai 2011, Dr H. _____ et I. _____, respectivement de seule cette dernière, que ceux-ci lient à la prise de Femara l'augmentation massive des bouffées de chaleur (ainsi que des baisses d'humeur et pertes de sommeil), auparavant seulement légères selon la patiente, ce qui, pour la Cour, entre en contradiction avec les diverses indications médicales retenues plus haut et ne peut ainsi être admis. On relèvera aussi une certaine variation dans le dossier des plaintes quant à la fréquence de ces interruptions de sommeil (pas une demi-heure d'endormissement continu, respectivement une interruption de sommeil toutes les deux heures). Nonobstant les plaintes de bouffées de chaleur et d'insomnie de l'assurée, la prise de Femara se poursuivit jusqu'à la mi-juin 2011 (cf. rapport de septembre 2011 du Dr G. _____, sous la partie "diagnostic": arrêt alors du traitement en raison d'une mauvaise tolérance). Dans le même temps, l'intéressée demanda à suivre une thérapie avec de l'Isador, un médicament anthroposophique, qu'elle débuta le 15 mars 2011 auprès d'une clinique bernoise, où elle séjourna du 28 mars au 17 avril 2011. Dans leur rapport du 10 juin 2011, le Dr G. _____ et la Dresse K. _____, médecin assistante, relevaient que leur patiente se plaignait "toujours de bouffées de chaleur très invalidantes, l'empêchant de dormir, situation qui a mené un petit état dépressif avec labilité émotionnelle", qu'elle n'entendait pas changer pour autant son traitement antihormonal de Femara avec de l'Arimidex, ni prendre de l'Efexor, "stabilisateur de l'humeur connu également pour

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 diminuer les bouffées de chaleur" – ce qui, pour la Cour, contrevenait à son obligation de diminuer son dommage. L'hormonothérapie se poursuivit, néanmoins, à partir du 17 juin 2011 (cf. rapport de la Dresse L. _____, médecine générale, du 18 juin 2011) avec de l'Arimidex; toutefois, sans usage en sus de l'antidépresseur Efexor, mais uniquement d'un médicament phytothérapeutique à base de millepertuis. La patiente s'étant plainte à nouveau d'une mauvaise tolérance, le traitement à l'Arimidex prit fin à la mi-août 2011. Dès ce moment, l'assurée reçoit le traitement antihormonal par Tamoxifen, "avec meilleure tolérance", elle "se sent déjà un petit peu mieux"; les céphalées ont diminué, mais persistent les myalgies, la fatigue et les bouffées de chaleur" (cf. rapport de septembre 2011 du Dr G. _____). b) Des différents éléments qui précèdent, la Cour retient qu'en septembre 2011 ne pouvait être retenue une incapacité de travail suffisante pendant un an, et que l'assurée n'était pas invalide au sens de l'art. 4 al. 1 LAI; singulièrement, elle ne présentait pas alors des atteintes à la santé invalidantes

déterminantes, lesquelles sont pourtant seules susceptibles d'être prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 2 LPGA). S'il n'est pas contesté que la découverte même d'un cancer et son traitement – qui s'est déroulé toutefois, heureusement, de manière relativement rapide et à l'entière satisfaction des praticiens concernés –, ainsi que la mise en place d'une hormonothérapie ont pu avoir des effets secondaires sur l'état de santé de l'intéressée, force est de constater que des céphalées, des bouffées de chaleur, ainsi qu'un trouble du sommeil et une certaine fatigue en résultant ne sauraient être constitutifs, ni par leur nature, ni par leur intensité, ni par leur durée, d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Ce d'autant moins que ces différents éléments étaient déjà connus dans une certaine mesure par l'assurée, qui avait dû et pu composer avec eux pour exercer son activité. Le médecin traitant J. _____ alla dans ce sens lorsque, dans son rapport du 12 août 2011, il mettait en relation la souffrance ressentie par sa patiente avec la mise en œuvre d'un traitement hormonal de substitution, son arrêt du fait de la découverte d'un carcinome, et la mise en place d'une hormonothérapie, ce qui, selon lui, avait entraîné un retard dans la guérison, respectivement la survenance d'une complication par une maladie dépressive; pour autant, il estimait que la situation pourrait être réglée à la fin septembre 2011 (cf. également le rapport de ce praticien du 17 janvier 2011: "(...) encore fatigue et symptômes dues (sic) au changement hormonal important (insomnies)"). De plus, il appert que ces effets indésirables de l'hormonothérapie rapportés par l'assurée, similaires aux symptômes ménopausiques, pouvaient trouver une rémission relativement rapide. On observera par exemple que durant le seul séjour en clinique d'une durée de trois semaines mentionné plus haut, la perte de sommeil épuisante de même que les bouffées de chaleur très importantes dont se plaignait fortement l'intéressée purent déjà être atténuées et une légère amélioration de la "seelischen Stabilität" être observée (cf. rapport de la clinique bernoise, Dr H. _____ et I. _____, du 13 mai 2011). Aucun document médical n'explique de façon satisfaisante pourquoi cette amélioration ne se serait pas poursuivie, ni pourquoi, plus de huit mois après le début de l'hormonothérapie, l'assurée rapportait à ses médecins traitants les mêmes plaintes et que, sur cette base, ceux-ci prenaient en compte toujours une incapacité totale de travail, pas même une partielle, avec une augmentation progressive de la capacité. Il est en outre significatif de voir que les plaintes de leur patiente ont amené certains de ces praticiens à retenir un état d'épuisement très avancé, alors que, par exemple, dans son rapport de septembre 2011, le

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Dr M. _____, s'il rapportait que l'intéressée mentionnait une fatigue importante, pour sa part, relevait un état général toujours conservé et un statut clinique dans la norme, hormis une palpation et une percussion de la colonne légèrement douloureuses. De même faut-il relever que plutôt que ou en sus des bouffées de chaleur induisant un trouble du sommeil, c'est surtout un trouble de l'humeur que mirent en avant certains médecins traitants pour expliquer qu'il était "illusoire qu'elle reprenne une activité" (rapport du 18 juin 2011 de la Dresse L. _____). Or, force est de constater que soit l'état anxio-dépressif réactionnel mentionné le 18 juin 2011 et le 31 décembre 2012 par ce médecin, (mais simple état dépressif réactionnel, selon le rapport du 15 avril 2012), le syndrome dépressif rapporté en septembre 2011 par le Dr G. _____ (petit état dépressif, en juin 2011) – mais sans le mentionner dans les diagnostics –, la décompensation psychique et la dépression réactionnelle du rapport de la clinique bernoise du 13 mai 2011, ou la dépression (ou maladie dépressive) déclarée par le Dr J. _____ le 12 août 2011, sont le fait de médecins traitants non spécialistes en la matière et se fondent, là-aussi, manifestement pour l'essentiel sur les seules plaintes de la patiente, sans développer

aucunement quelle incidence objective sur la capacité de travail et de gain de l'intéressée ce trouble de l'humeur serait susceptible d'avoir, étant rappelé qu'en cas de trouble psychique également il est attendu de l'assuré un effort de volonté pour diminuer son dommage. La Cour relève également que tant pour ses problèmes de sommeil, malgré leur importance alléguée, que pour ses baisses de l'humeur, ce sont des médicaments pythothérapeutiques qui furent préconisés par les médecins traitants. En définitive, l'assurée n'ira consulter le Dr N._____, FMH psychiatrie et psychothérapie, que le 25 février 2013, après notification du projet de refus de rente, lequel diagnostiquera un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F 43.22) existant depuis septembre 2010 et un épisode dépressif moyen (F 31.10) présent depuis 2011, justifiant, selon ce praticien, une incapacité de travail totale depuis septembre 2010 (cf. rapport du 13 mai 2013). Pour la Cour, ces diagnostics et les restrictions qu'ils entraîneraient (sur le plan psychique: trouble de l'humeur, démotivation, pessimisme) ainsi que leur effet quant au travail, soit une asthénie chronique, ne furent posés par un spécialiste qu'en mai 2013, de sorte qu'il n'apparaît nullement établi qu'ils aient, à cette date, déjà entraîné une incapacité de 40% en moyenne depuis un an, même si le médecin concerné les fait remonter à septembre 2010 et à 2011, sans plus de précision; on notera en passant que ce psychiatre traitant indique que les limitations dans une activité adaptée qu'il décrit sont valables depuis 2013. Surtout, là encore, l'invalidité déterminante au sens de la loi qu'entraîneraient ces atteintes à la santé n'est nullement démontrée à satisfaction. On relèvera à cet égard que ce praticien envisage une reprise à 50% dans une activité "avec moins d'exigence de force physique" – ce qui est étranger à l'atteinte psychiatrique invoquée – dès l'amélioration du status psychique, tout en admettant un pronostic peu favorable à cet égard. c) En définitive, s'il peut être admis que la découverte d'un cancer et son traitement ont pu entraîner certains effets négatifs comme une baisse de l'humeur et une certaine fatigue, force est de constater qu'aucun de ces effets n'a valeur de maladie invalidante, et qu'en particulier rien n'atteste qu'un an après le début de l'incapacité de travail en septembre 2010, ces atteintes à la santé subsistaient malgré les efforts de volonté pouvant être attendus de l'intéressée, avec une intensité telle qu'elles justifieraient, objectivement, une incapacité de travail et gain déterminantes. A cet égard, le fait que le médecin traitant G._____ retienne, le 12 avril 2013, plus de deux ans et demi après la découverte du carcinome, qu'il ne lui "paraît pas possible de reprendre le travail", soit se prononce toujours pour une incapacité totale de travail, à "réévaluer dans 4-6 mois", n'est pas crédible dans la mesure où il évoque dans le même temps une rémission due à une meilleure

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 tolérance du traitement au Tamoxifen, introduit à la mi-août 2011, avec déjà alors la mention d'une amélioration de la situation, et sans qu'aucun changement du traitement ni de sa posologie n'aient jamais été faits valoir depuis. On ignore dès lors pourquoi il faudrait attendre encore plusieurs mois pour qu'éventuellement, une capacité de travail au moins partielle soit reconnue – cf. également les taux d'incapacité de travail partiel invoqués par la Dresse L._____ dans ses rapports des 15 avril et 31 décembre 2012, présentant des variations de taux non expliquées; avec la remarque que pour ce médecin à tout le moins, dès le 20 août 2012, existait une capacité de travail de 50%, loin de l'incapacité de travail totale mentionnée encore par le Dr M._____ en avril 2013. En fait, il appert que ce dernier praticien, comme d'autres médecins traitants, reprit largement les plaintes de sa patiente et la conception subjective de celle-ci qu'elle était absolument incapable de travailler. Les limitations pouvant être objectivement retenues et leur incidence sur la capacité de travail ne sont toutefois pas ou insuffisamment détaillées,

et l'on ne voit pas, en tout état de cause, en quoi elles ne seraient pas suffisamment prises en compte, s'agissant de la dernière activité d'aide-infirmière, par la diminution de 10% s'agissant d'une activité physique admise par l'OAI, respectivement entreraient en contradiction, pour une activité adaptée plus légère, avec l'existence d'une capacité de travail complète et sans perte de rendement retenue par l'office. De telles activités ne seraient en outre pas empêchées par les troubles de la mémoire et de la concentration – mais pas de la compréhension, selon le Dr N. _____ –, invoqués par la patiente et rapportés par ses médecins traitants, plaintes qui ne justifiaient cependant aucune investigation par un médecin spécialiste. Enfin, s'agissant de la "cancer-related fatigue" évoquée par la recourante dans ses contre-observations du 3 mars 2014, force est de constater que ni le Dr M. _____, oncologue, ni la Dresse L. _____, notamment, ne la mentionnèrent jamais comme diagnostic devant être retenu; et que la jurisprudence invoquée l'intéressée ne saurait être comprise comme le fait que tout cancer, comme substrat organique, entraîne une fatigue ouvrant le droit à la rente, sans que l'on puisse évaluer les circonstances concrètes du cas et exiger également de l'assuré qu'il mette tout en œuvre pour diminuer son dommage. L'inégalité de traitement dont paraît se plaindre la recourante dans l'écrit précité n'est en outre nullement motivée ni rendue vraisemblable. Il sied plutôt en l'espèce de se fier au rapport du Dr J. _____ d'avril 2013, lequel mentionnait un état de santé stationnaire, avec dès lors une absence de toute limitation ainsi que la possibilité de reprendre l'activité professionnelle. Et de relever que dans le formulaire envoyé au Dr D. _____ et signé par le Dr K. _____ le 9 juin 2011, il était déjà spécifié que du "point de vue purement oncologique, il n'y a pas de restriction professionnelle." d) Pour l'Autorité de céans, la situation est en réalité surtout imprégnée d'éléments psychosociaux, socioculturels et sociaux-économiques, qui induisent à penser que l'assurée s'est en quelque sorte accommodée de cette absence totale de reprise du travail, se focalisant sur ses plaintes d'insomnies du fait de bouffées de chaleur (cf. rapport du CEPAI du 10 janvier 2013). Dans le rapport de la clinique bernoise du 17 mars 2011, il est fait état d'une "starke häusliche Belastung" – l'assurée vit avec son mari, bénéficiaire d'une rente AI entière, et sa fille cadette, auxquels elle se voue ainsi qu'au ménage (cf. rapport d'évaluation précoce du 22 mai 2012) –, et dans celui du 13 mai 2011, de différents évènements (décès de sa mère, ...) antérieurs à la découverte de son carcinome et dont il est dit que la "Patientin beschreibt selber sehr eindringlich diese lange Überforderungszeit, die mit einem ausgeprägten Erschöpfungssyndrom endete." Pour autant, ces aspects, qui ne relèvent pas de l'assurance invalidité, ne l'empêchèrent pas de travailler avant le traitement de son cancer.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 e) Partant, c'est à juste titre que l'OAI refusa l'octroi d'une rente. Nul complément d'instruction n'est nécessaire. 4. Le recours, infondé, doit être rejeté, et la décision attaquée, confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront prélevés sur l'avance de frais d'un même montant prestée. Il ne sera pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils seront prélevés sur l'avance de frais d'un même montant versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. 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 26 août 2015/djo Présidente Greffier-rapporteur

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