

FR_GERICHTE 608 2013 167 vom 10. März 2015

FR Kantonsgericht, 2015-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_167

FR: FR_GERICHTE 608 2013 167 du 10 mars 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 167 del 10 marzo 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

janvier 2014 du Dr I. _____, ophtalmologue – qui a retenu que la gêne ressentie par sa patiente dans le cadre de son activité professionnelle pourrait être majorée en raison de l'existence

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 de métamorphopsies (les lignes apparaissent courbes), mais considéré que la vision s'améliorait de manière lente et progressive –. Dans ses observations ampliatives du 16 juin 2014, l'OAI, faisant siennes les conclusions du SMR relatives aux pièces médicales déposées par la recourante en date du 11 avril 2014, réitère ses conclusions. Dans une ultime écriture du 30 juillet 2014, la recourante fait valoir qu'elle souffre de divers petits troubles somatiques qui créeraient un contexte d'ensemble hautement défavorable et justifieraient la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle précise en particulier souffrir d'une rhizarthrose au pouce gauche – retenue par le Dr J. _____, médecin chef de clinique de K. _____, dans son attestation du 18 juillet 2014 versée en cause – ainsi que d'une infection par le champignon candida albicans pouvant générer des troubles digestifs, d'importantes diarrhées et un effet fatiguant. L'OAI, par écriture du 25 août 2014, renonce à se déterminer plus avant et confirme derechef ses conclusions. Appelée en cause, la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud mentionne qu'en date du 21 mai 2014 elle a reconnu à la recourante une pension d'invalidité de 30 % avec effet au 1er mai 2014. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes 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 de la loi fédérale 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 l'art. 28 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). b) 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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 (Tribunal fédéral, arrêt M. [I 946/05] du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). c) Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire 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 la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 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 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 et les références citées). S'agissant enfin des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert 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). 3. a) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. Il convient dès lors d'examiner la capacité de travail de cette dernière, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation. Les rapports médicaux suivants ont été versés aux actes au cours de l'instruction : - La correspondance médicale de la Dresse L. _____, médecin spécialiste FMH en ophtalmologie, du 26 octobre 2011, de laquelle il ressort que l'assurée présente une hypertension oculaire, avec une asymétrie des disques optiques, dans le cadre d'une discrète asymétrie de taille. S'agissant du décollement du vitré postérieur droit, qui est marqué, le médecin a signifié à sa patiente que si elle était gênée, il existait une solution chirurgicale. - La missive du 24 novembre 2011 du Dr M. _____, médecin spécialiste FMH en ophtalmologie, qui a évoqué un syndrome de Birdshot et exprimé la nécessité de procéder à une angiographie afin de poser un diagnostic clair. - Le certificat médical du 28 novembre 2011 de la Dresse N. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, qui a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), une cancérophobie et autres troubles anxieux phobiques (F40.1, F40.8) ainsi qu'une atteinte oculaire à l'œil droit. Elle a considéré que l'assurée présentait les limitations fonctionnelles suivantes : une importante fatigue, un ralentissement psychomoteur, des idées noires, un sentiment d'être abattue, des angoisses avec une hypersensibilité à la surcharge, au stress, ainsi que des difficultés d'attention et de concentration. Elle a précisé que sa patiente bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier et d'une prescription médicamenteuse psychotrope. Le médecin a noté une incapacité de travail de 100 % du 29 juin au 30 octobre et de 40 % à compter du 31 octobre 2011 et à court terme; elle a précisé que l'assurée avait repris une activité à 60 %.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 - La prise de position du 30 décembre 2011 de la Dresse O._____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a diagnostiqué un état anxieux majeur avec phobies, une grande fragilité psychique, des difficultés relationnelles avec collègues et supérieurs au travail, un tonus adrénérgetique élevé et une hypertension artérielle traitée, un décollement postérieur du vitré œil droit et une fissure anale postérieure. Le médecin a explicitement renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente. - La prise de position du 15 février 2012 de la Dresse P._____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui a repris les rapports produits sans se déterminer plus avant. - Le certificat du 15 mai 2012 du Dr H._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée depuis mars 2012, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent épisode actuel évoluant de sévère à moyen, ainsi qu'un trouble hypocondriaque. Il a considéré que l'activité de secrétaire médicale n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée à l'exemple de la profession de réceptionniste pouvait être reprise à un taux de 60 à 70 %. - La correspondance médicale du 8 juin 2012 du Dr Q._____, médecin spécialiste FMH en ophtalmologie, de laquelle il ressort que l'examen ophtalmologique avec angiographie montrait une inflammation. L'ophtalmologue a évoqué le diagnostic de choroïdopathie de Birdshot. - La prise de position du 31 juillet 2012 du Dr R._____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, lequel a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. - Le certificat médical du 28 août 2012 du Dr H._____, qui déclare sa patiente totalement incapable de suivre des cours du 27 août au 2 septembre 2012. - Le rapport d'expertise du 26 novembre 2012 du Dr G._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a retenu, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie (F34.1). Le psychiatre a estimé que les éléments du tableau de dépression chronique de l'humeur – avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, avec fatigue anamnestic sans trouble de la concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime d'elle-même, sommeil décrit comme globalement mauvais, perturbé par des réveils récurrents, appétit dérégulé, avec périodes de boulimies le soir – présentent une sévérité insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic d'épisode dépressif récurrent léger. Il a en outre noté une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic incapacitant, une absence de symptomatologie floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de la personnalité, ainsi que l'existence d'une symptomatologie algique, sans grande intensité ni détresse. Il a enfin explicitement exclu l'existence d'un trouble somatoforme incapacitant. Prenant position sur le certificat du 15 mai 2012 du Dr H._____, le Dr G._____, s'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, a mentionné que ce type de diagnostic ne peut être utilisé que si l'anamnèse révèle un premier épisode dépressif, attesté, traité et résolutif, suivi d'une période blanche avant un second épisode dépressif, ce qui ne ressort à son sens manifestement pas de l'anamnèse de l'assurée; s'agissant du diagnostic de trouble hypocondriaque, le psychiatre souligne que l'assurée a précisé que l'ensemble de cette symptomatologie avait disparu à compter d'avril-mai 2012, à savoir deux mois après le début du traitement. - Le certificat du 14 décembre 2012 du Dr H._____, lequel, se prononçant sur le rapport d'expertise du 26 novembre 2012 du Dr G._____, a mentionné que les problèmes

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 professionnels de sa patiente ont été passés sous silence (mobbing, burn-out durant des années) et que l'état dépressif a été minimisé puisque

seulement qualifié de dysthymie. Il a estimé que, dans la mesure où sa patiente était en incapacité de travail durant cinq mois en 2010, il doit y avoir plus qu'un simple état de fatigue. - Les correspondances des 18 et 19 décembre 2012 et 17 janvier 2013, ainsi que le rapport du 4 février 2013 du Dr I. _____, médecin adjoint, responsable de l'Unité d'immuno-infectiologie oculaire de S. _____, qui a retenu une très probable maladie de Birdshot chez une patiente présentant une vasculite bilatérale et un œdème cystoïde sévère de l'œil droit. Il a évalué l'acuité visuelle à droite à 0,32 et à gauche à 8/10ème, mentionné que l'Ishihara sur les deux yeux est de 7/13, que les examens du fond d'œil avaient révélé des lésions et qu'un traitement était possible. Dans son rapport médical du 4 février 2013, établi à la demande de l'autorité intimée, le médecin a conclu à une pleine capacité de travail de l'assurée, sans diminution de rendement, tant dans son activité habituelle que dans une activité de substitution adaptée. - La prise de position du 6 mars 2013 du Dr R. _____ du SMR, lequel retient, comme diagnostic avec influence sur la capacité de travail, la maladie de Birdshot et, comme diagnostic avec influence sur la capacité de travail, une dysthymie. Se positionnant sur l'attestation du Dr H. _____, le SMR retient que ce dernier ne fait état d'aucun argument médical de nature à jeter un doute sérieux sur le bien-fondé des conclusions de l'expertise psychiatrique. Le Dr R. _____ a finalement estimé qu'une activité ne nécessitant pas une vision stéréoscopique parfaite et évitant les situations engendrant une fatigue oculaire (à l'exemple d'une activité impliquant plusieurs heures ininterrompue devant un écran d'ordinateur ou l'usage d'une loupe binoculaire) peut être exercée à plein temps sans diminution de rendement. Il a dès lors précisé que l'activité habituelle de l'assurée de secrétaire médicale était exigible à plein temps. L'autorité intimée a, en date du 4 avril 2013, signifié à la recourante qu'elle entendait rejeter sa demande de prestations. Après en avoir pris connaissance, la recourante a déposé au dossier les actes médicaux suivants : - Les attestations après coloscopie et rectoscopie des 31 août 2009 et 6 septembre 2011 du Dr T. _____, médecin spécialiste FMH en gastro-entérologie, hépatologie, et médecin interne, qui a respectivement diagnostiqué une diverticulose légère du côlon gauche, calme, une colite érosive légère du caecum et du côlon ascendant proximal, biopsiée et des petites hémorroïdes internes, ainsi qu'une procidence hémorroïdaire de stade I et une petite fissure anale postérieure. Le médecin n'a au surplus fait état d'aucune incapacité de travail. Il a mentionné que, sous un traitement anti-hémorroïdaire, l'évolution est partiellement favorable avec persistance actuellement uniquement de légères démangeaisons. - Le certificat médical du 25 mai 2013 de la Dresse O. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui atteste d'une incapacité de travail de 100 % de l'assurée du 27 au 31 mai 2013. Dans sa prise de position du 11 juin 2013, le Dr R. _____ du SMR a exposé que l'instruction du dossier médical de l'assurée était complète et que les objections de la recourante n'avaient pas vocation à battre en brèche les conclusions prises sur des pièces médicales probantes. Dans un rapport complémentaire du 3 juillet 2013 adressé à l'OAI, le Dr I. _____ a exposé que la présence d'un œdème maculaire cystoïde à l'œil droit est responsable de métamorphopsies (les

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 lignes apparaissent tordues), ce qui diminue le rendement de l'assurée dans son activité de secrétaire. La recourante a encore produit la documentation médicale suivante : - La correspondance du 25 mai 2013 de la Dresse O. _____, dans laquelle celle-ci a, sur le plan psychiatrique, contesté le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr G. _____ et estimé que l'assurée présentait un risque d'impasse professionnelle à savoir des arrêts de travail à répétition conduisant à un arrêt de

travail définitif pour des motifs psychiatriques; sur le plan ophtalmologique, le médecin a considéré que le traitement de methotrexate (un immunosuppresseur) et de prednisone à haute dose avait une influence sur le psychisme de sa patiente dans le sens d'une irritabilité, d'une excitabilité, d'une agitation, d'un état maniaque et de l'augmentation des troubles du sommeil. - Le courrier du 28 juin 2013 du Dr H. _____, qui a déclaré partager le point de vue exprimé par la Dresse O. _____ relatif à l'impasse professionnelle dont il s'agit de se dégager sous peine de graves conséquences dépressives, mentionné que le Dr G. _____ a lors de son expertise constamment interrompu sa patiente et ensuite modifié le contenu des réponses de cette dernière, contesté le diagnostic de dysthymie retenu à son sens par le Dr R. _____, conclu à l'existence d'un état dépressif moyen (F 32.1) et finalement estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail importante en raison de cette affection; dans son certificat du 13 août 2013, le Dr H. _____ a en outre attesté d'une incapacité de travail de sa patiente du 14 au 21 août 2013. - Le rapport radiologique du 4 juillet 2013 du Dr U. _____, médecin spécialiste FMH en radiologie, qui fait état d'une discrète uncarthrose étagée, sans cervicarthrose ni discopathies. Dans sa prise de position du 30 juillet 2013, le Dr R. _____ du SMR retient pour l'essentiel que la Dresse O. _____, dans sa lettre, ne fait pas valoir d'argument médical susceptible d'avoir quelque portée en matière d'assurance-invalidité et qu'une incapacité de travail sur le plan orthopédique ne saurait être retenue sur une seule imagerie radiologique. Dans le cadre la présente procédure de recours, la recourante a versé aux actes : - Les correspondances à contenu médical des 28 novembre, 5 décembre 2013 et 15 janvier 2014 du Dr I. _____, qui a constaté la présence d'une uvéite bilatérale secondaire à une maladie de Birdshot, avec également un œdème maculaire cystoïde à droite actuellement traité. Une complication de cette uvéite a nécessité un traitement mixte de cortisone et de méthotrexate; l'évolution est favorable, même s'il persiste une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit (œdème maculaire cystoïde avec une vision de 5/10 à droite). L'œil gauche voit à 100 %. Le médecin a encore précisé que, eu égard à la présence de métamorphopsies (déviation des formations visuelles à l'œil droit), le travail de secrétariat est difficile à assumer et que la gêne ressentie par sa patiente dans le cadre de son activité professionnelle pourrait être majorée. Il a finalement retenu que la vision s'améliorait de manière lente et progressive, expressément réservé son pronostic par rapport à cette affection et refusé de se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente. - Le rapport médical du 26 mars 2014 du Dr H. _____, lequel a pour l'essentiel attesté d'une péjoration de l'état dépressif de sa patiente, en raison de la pathologie oculaire et de la menace

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 sur son intégrité corporelle qui y est liée, des effets secondaires de sa médication, ainsi que de son état d'épuisement en août et décembre 2012. Dans sa prise de position du 16 juin 2014, le Dr R. _____ du SMR, se prononçant sur les pièces médicales produites dans le cadre de la procédure de recours, a considéré que le Dr H. _____ ne faisait état d'aucun fait nouveau sur le plan médical objectif et que le Dr I. _____ a attesté d'une évolution favorable de la pathologie ophtalmologique de l'assurée. Enfin, dans une ultime écriture du 30 juillet 2014, la recourante a produit l'attestation du 18 juillet 2014 du Dr J. _____, médecin chef de clinique de K. _____, qui a relevé une très discrète ostéopénie en bande juxta-articulaire bilatérale et, tout au plus, une rhizarthrose débutante au pouce gauche. b) Sur le plan psychiatrique, l'autorité intimée s'est essentiellement fondée sur le rapport d'expertise du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour exclure l'existence d'une incapacité de travail. Dans son rapport du 26 novembre 2012, l'expert a en effet retenu, comme

diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie (F34.1) et conclu à une pleine capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de secrétaire médicale. La recourante a, tout d'abord, avancé que le Dr G._____ serait en situation de dépendance économique face à l'autorité intimée. Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisée, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral I 947/06 du 14 décembre 2007 consid. 7; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353, 123 V 175 consid. 3d et l'arrêt cité p. 176; VSI 2001 p. 109 sv. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références citées). Ainsi que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de l'affirmer, l'allégué selon lequel celui-ci serait régulièrement chargé par les offices de l'assurance-invalidité d'établir des rapports d'expertises ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a). Or, en l'espèce, la recourante ne met en évidence aucun élément concret susceptible de mettre en doute l'impartialité du Dr G._____ ou l'objectivité de son appréciation hormis une prétendue dépendance économique de celui-ci par rapport à l'OAI. De plus, la lecture du dossier et en particulier celle du rapport d'expertise ne permettent pas de mettre en doute l'impartialité subjective de l'expert au seul motif qu'il serait régulièrement mandaté par les offices de l'assurance-invalidité. Par analogie à la jurisprudence reconnaissant pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353), la Cour de céans peut dès lors, a priori, accorder pleine valeur probante au rapport d'expertise établi par le Dr G._____. Cherchant à mettre les capacités professionnelles de l'expert en doute, la recourante a ensuite prétendu que le Dr G._____ aurait connu des problèmes personnels et se serait donné la mort. De laconiques et lapidaires assertions non-documentées dirigées contre la personne-même de l'expert n'ont pas vocation à emporter la conviction de la Cour de céans, tant s'en faut, ce d'autant

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 plus qu'elles relèvent exclusivement de la sphère privée de l'intéressé et ne sont donc à elles seules guère de nature à remettre en cause ses capacités professionnelles. En outre, l'assertion du Dr H._____, qui a mentionné que le Dr G._____ a lors de son expertise constamment interrompu sa patiente et ensuite modifié le contenu des réponses de cette dernière, ne convainc pas davantage. Elle est fondée sur les seules dires de la recourante et n'est en rien objectivée. L'expertise en elle-même, enfin, est prise à partie, en ce sens qu'elle omettrait une partie de l'anamnèse et du contexte social et professionnel général de la recourante. Cette argumentation ne résiste pas non plus à l'examen. L'expertise, sous le titre « anamnèse professionnelle » fait état des problèmes de burn-out et d'épuisement moral présentés par l'assurée. Elle a au demeurant mentionné les périodes d'incapacité de travail de cette dernière. Le fait que l'expertise n'entre pas plus dans les détails par rapport au contexte social et professionnel ne suffit pas à lui ôter sa valeur probante, mais tend simplement à démontrer que l'expert n'a pas considéré que ces éléments étaient déterminants pour son appréciation. Force est au contraire de constater que le rapport d'expertise en cause se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par la recourante et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse

et du dossier médical. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions sont dûment motivées et nullement contradictoires. Il n'y a donc aucune raison de ne pas y accorder foi ou de donner préséance aux rapports des Drs O. _____ et H. _____, médecins traitants de la recourante. S'agissant de ces derniers, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert 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). De plus, ainsi que l'a justement relevé le SMR dans sa prise de position du 30 juillet 2013, la Dresse O. _____ s'est exclusivement fondée sur les difficultés professionnelles de l'assurée ainsi que sur les risques qu'elles impliquaient, à savoir sur des éléments qui ne sont pas déterminants dans le cadre de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, prenant précisément position sur le certificat du 15 mai 2012 du Dr H. _____, le Dr G. _____ a exposé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut être utilisé que si l'anamnèse révèle un premier épisode dépressif, attesté, traité et résolutif, suivi d'une période blanche avant un second épisode dépressif, ce qui ne ressort à son sens manifestement pas de l'anamnèse de l'assurée et que le diagnostic de trouble hypocondriaque avait disparu à compter d'avril-mai 2012. Il convient de relever encore, s'agissant de l'appréciation du Dr H. _____, que ce dernier, en retenant qu'une incapacité de travail de cinq mois atteste d'une affection plus importante qu'un simple état de fatigue, méconnaît un des principes de base de l'assurance-invalidité, qui suppose qu'une incapacité de travail fait suite à une affection médicale et non l'inverse. Enfin, dans son rapport médical du 26 mars 2014, le Dr H. _____ a attesté d'une péjoration de l'état dépressif de sa patiente, sans pour autant se fonder sur un nouvel élément qui n'aurait pas été pris en compte lors de l'expertise psychiatrique; bien au contraire, dans ledit rapport, le médecin fait expressément référence à une période antérieure à l'expertise psychiatrique. C'est, partant, à juste titre que l'autorité intimée a constaté l'absence d'un diagnostic psychiatrique ayant un effet sur la capacité de travail de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Sur le plan ophtalmologique, le Dr I. _____, médecin adjoint, responsable de l'Unité d'immuno-infectiologie oculaire de S. _____ et médecin traitant de la recourante, retenant une très probable maladie de Birdshot chez une patiente présentant une vasculite bilatérale et un œdème cystoïde sévère de l'œil droit, a évalué l'acuité visuelle de l'intéressée à gauche à 100 % et à droite à 5/10. Dans son rapport médical du 4 février 2013, établi à la demande de l'autorité intimée, ce spécialiste a explicitement conclu à une pleine capacité de travail de sa patiente, sans diminution de rendement, tant dans son activité habituelle que dans une activité de substitution adaptée. Certes, il a précisé par la suite que, eu égard à la présence de métamorphopsies (déviation des formations visuelles à l'œil droit), le travail de secrétariat est difficile à assumer et qu'il pouvait y avoir une perte de rendement; le médecin n'a toutefois dans le même temps fait état que d'une simple gêne ressentie par sa patiente dans le cadre de son activité professionnelle et expressément attesté d'une évolution favorable de la pathologie ophtalmologique de l'assurée. Il convient de noter enfin que tant la Dresse L. _____ que le Dr I. _____, tous deux spécialistes en ophtalmologie, ont précisé qu'il existait une solution chirurgicale au décollement du vitré postérieur droit. En tout état de cause, si l'assurée devait présenter quelque diminution de rendement à raison des affections ophtalmologiques dont elle souffre, elle ne serait, sur le vu de l'ensemble de la documentation médicale versée au dossier, manifestement pas suffisante pour ouvrir le droit

à des prestations de l'assurance-invalidité. La Cour de céans retient dès lors, avec le SMR, qu'une activité ne nécessitant pas une vision stéréoscopique parfaite et évitant les situations engendrant une fatigue oculaire, à l'exemple de l'activité habituelle de l'assurée de secrétaire médicale, peut être exercée à plein temps sans aucune diminution de rendement, voire au plus avec une légère diminution de rendement. Les autres affections dont fait état la recourante, au titre de contexte d'ensemble hautement défavorable – à savoir la discrète uncarthrose étagée, la rhizarthrose, l'infection par le champignon *candida albicans*, les hémorroïdes et la fissure anale –, ne sont manifestement pas invalidants, ainsi que cela ressort notamment des attestations du Dr T._____. C'est le lieu, de surcroît, de mentionner que les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire. La jurisprudence admet un tel procédé. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et réf. cit.). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et réf. cit.). L'autorité intimée était, sur le vu de ce qui précède, en droit de retenir que la recourante est apte à exercer son activité professionnelle habituelle de secrétaire médicale, à plein temps sans diminution de rendement. Celle-ci n'a donc pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 Même s'il fallait retenir une légère baisse du rendement suite au problème ophtalmique, il est patent que la perte de gain ne pourrait pas atteindre les 20 % qui pourraient ouvrir le droit à des mesures professionnelles – dont elle a d'ailleurs déjà bénéficié – ou les 40 % qui ouvriraient le droit à une rente de l'assurance-invalidité. 4. a) Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) Des frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. Il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge de A._____ et compensés avec l'avance du même montant. 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 10 mars 2015/YHO Président Greffier-stagiaire

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