

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 377 vom 12. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_377](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__377)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 377 du 12 mai 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 377 del 12 maggio 2011

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Erwägungen

#### E. 12

mai 2011 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Brélaz Braillard Juges  
: Mme Rossier et M. Zbinden, assesseurs Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : U. \_\_\_\_\_, à Morges, recourante, représentée par Me Laurent Damond,  
avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,  
intimé. \_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 et art. 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 LAI E n f  
a i t : A. U. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1957, couturière de formation, a travaillé  
en qualité d'ouvrière dans un atelier de montage à Apples, jusqu'au 31 mai 1998, date à  
laquelle elle a été licenciée en raison de restructuration. Le 24 février 1999, elle a déposé  
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une  
demande de prestations, sollicitant l'octroi d'une rente. L'OAI s'est adressé à la Dresse  
T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne à Morges et médecin traitant de l'assurée. Dans  
un rapport du 31 mars 1999, cette praticienne a posé les diagnostics de troubles  
somatoformes douloureux dans un contexte dépressif léger et de troubles statiques et  
dégénératifs du rachis et périarthropathie de la hanche droite, puis retenu une incapacité de  
travail totale depuis le 4 mars 1998. Elle a également déposé plusieurs rapports médicaux de  
spécialistes corroborant les diagnostics retenus. Le 25 septembre 2001, la Dresse  
T. \_\_\_\_\_ a retenu un état de santé stationnaire, avec un syndrome douloureux  
impressionnant et une multitude de plaintes, dont des troubles digestifs, des douleurs  
abdominales, des métrorragies et des crises de panique, la capacité de travail étant nulle. Sur  
proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), une expertise psychiatrique  
a été effectuée en septembre 2002 par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie à  
Lausanne, assisté de J. \_\_\_\_\_, psychologue FSP. Le 27 septembre 2002, se référant au  
DSM IV, ce médecin a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié de degré  
léger (sur l'axe I), de personnalité à traits dépendants (sur l'axe II) et de difficultés  
professionnelles, licenciements (sur l'axe IV). Pour l'expert, d'un point de vue  
psychopathologique, les documents en sa possession et l'anamnèse permettaient clairement  
d'affirmer que l'assurée avait développé un état anxio-dépressif au début de 1998, lequel  
avait pris racine dans un contexte professionnel conflictuel associé à un épuisement  
personnel lié aux problèmes de santé de son époux. Il a retenu que les signes discrets de la  
lignée dépressive, constatés lors de son examen clinique, étaient insuffisants pour rentrer  
dans le cadre d'un état dépressif majeur, voire même mineur, telle une dysthymie. En  
conclusion, d'un point de vue strictement psychiatrique, il a fixé à 20% au maximum dans

toute activité adaptée à ses problèmes somatiques le taux d'incapacité de travail de l'assurée. Il a relevé que l'incapacité de travail avait pu être supérieure en 1997-1998, en raison d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, suivie d'une amélioration dès 2000. Dans un rapport d'examen SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2002, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, se référant à l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, a retenu comme atteinte principale à la santé des troubles somatoformes indifférenciés de degré léger sans comorbidité psychiatrique. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% dès le 4 mars 1998 jusqu'à fin décembre 1999, puis d'une incapacité de travail inférieure à 20% dès janvier 2000, en l'absence de limitations fonctionnelles. Par décision du 28 avril 2003, confirmée sur opposition le 24 juin 2004, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 1999 au 31 mars 2000, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100%, puis a supprimé cette prestation à compter du 1<sup>er</sup> avril 2000, en raison de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré. Le 27 août 2004, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a déposé un rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2004 des Drs V. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après: PMU), requis par l'assureur perte de gain de l'assurée, se basant sur des examens psychiatrique et rhumatologique, et posant les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant sévère et de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec spondylolisthésis L5-S1 de premier degré et fixant à moins de 20%, dans une activité adaptée, le taux de capacité de travail de l'assurée. Dans un jugement du 17 octobre 2005, le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assurée. Se fondant sur l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, à laquelle il a reconnu une pleine valeur probante, et s'écartant de l'avis des médecins de la PMU, il a considéré que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique et qu'il n'y avait pas lieu, au vu des critères en la matière posés par la jurisprudence, de reconnaître un caractère invalidant au diagnostics de trouble somatoforme. Par arrêt du 22 mars 2007 (cause I 53/06), le Tribunal fédéral a rejeté un recours formé par l'assurée. Il a retenu que cette dernière ne présentait pas d'invalidité sur les plans psychique et somatique et que l'expertise de la PMU n'était pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ ou de nécessiter un complément d'instruction. B. Le 20 décembre 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente. Elle alléguait souffrir de fibromyalgie avec un handicap articulaire et musculaire, de douleurs insupportables au niveau de tout le corps et d'une dépression sévère. Dans un rapport du 14 janvier 2008, sollicité par l'OAI, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dépression sévère et de syndrome douloureux chronique associé à des rachialgies sur troubles dégénératifs, une gonarthrose débutante et une fibromyalgie évoluant depuis 1996, puis a attesté d'une aggravation progressive et actuellement sévère de l'état de santé de sa patiente. Elle a fait état d'un déconditionnement physique global et de troubles psychiatriques empêchant toute réinsertion professionnelle, un travail adapté n'étant pas possible. Cette praticienne a notamment déposé les pièces médicales suivantes: - Un rapport du 27 juin 2007 du Dr P. \_\_\_\_\_, du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, se prononçant sur les limitations fonctionnelles de l'assurée et suggérant un nouvel examen, notamment sur le plan psychique. - Un rapport du 20 juillet 2007 du Dr P. \_\_\_\_\_, se ralliant à l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ et faisant état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, sur la base d'un spondylolisthésis, d'une IRM parlant en faveur d'une instabilité à

ce niveau et de radiographies. Il a également signalé un état dépressif plus marqué, suggérant une évaluation psychiatrique. - Un rapport du 10 décembre 2007 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, faisant état d'un séjour de trois semaines dans ce service et retenant la présence de syndrome douloureux chronique invalidant de l'appareil locomoteur d'origine multifactorielle. Ont été mises en évidence des limitations physiques au même titre qu'une importante pathologie psychiatrique, le tout rendant la patiente inapte à toute activité professionnelle. Dans un formulaire daté du 14 janvier 2009, l'assurée a déclaré que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100%, en raison de nécessité financière. Le 11 février 2008, dans un rapport requis par l'OAI, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur d'origine multifactorielle, d'épisode dépressif sévère et de troubles de la personnalité avec traits dépendants et passifs agressifs. Elle a signalé des douleurs ostéo-articulaires et musculaires multiples, proposé une évaluation psychique et retenu une incapacité de travail totale comme ouvrière et dans une autre activité. L'OAI s'est également adressé au Dr A.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH à Morges, qui, dans un rapport du 14 février 2008, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère, de trouble psychotique et de syndrome douloureux persistant avec troubles dégénératifs, puis une incapacité de travail totale depuis mars 1998. Il a fait état d'un suivi depuis le

## **E. 15**

octobre 2007, puis constaté notamment une thymie déprimée, des angoisses, un sentiment d'impuissance et des envies suicidaires. Ce médecin a également remis un rapport du 11 décembre 2007 du département de psychiatrie du CHUV, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de probable trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et passifs-agressifs, puis constatant une symptomatologie dépressive claire et extrêmement inquiétante en raison de mouvements régressifs associés à des idées suicidaires, et signalant des recrudescences anxieuses avec idées suicidaires. Dans leur rapport d'examen SMR du 22 mai 2008, les Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail du point de vue ostéoarticulaire et psychiatrique; depuis mars 1998, ils ont évalué la capacité de travail à 100% dans l'activité habituelle (ouvrière en montage de connecteurs électroniques) comme dans une activité adaptée. Dans leur appréciation du cas, ils ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique diffus sans substrat organique, mis à part au niveau des genoux et du rachis, ont indiqué que les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient bien respectées dans son activité habituelle comme ouvrière en montage, sa capacité de travail étant donc complète quelle que soit l'activité. Sous l'angle des critères en matière de trouble somatoforme douloureux, ils ont nié la présence d'une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et dans sa durée ainsi que d'une perte d'intégration sociale. Se référant à ce rapport d'examen bidisciplinaire, dans un avis médical SMR du 11 juin 2008, le Dr X.\_\_\_\_\_ a notamment retenu une capacité de travail entière depuis mars 1998. En date du 25 juin 2008, le Dr A.\_\_\_\_\_, critiquant l'examen du SMR, a indiqué que l'assurée présentait une pathologie rhumatologique documentée et une pathologie psychiatrique bien décrite et présente depuis plusieurs années, nécessitant une prise en charge conséquente et continue, entraînant une incapacité de travail dans toute activité. Le 2 juillet 2008, la Dresse T.\_\_\_\_\_, contestant l'avis du SMR, a maintenu que l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux chronique invalidant, quel que soit le terme qu'on lui attribue, avec ou sans base organique. Le 28 juillet 2008, le Dr X.\_\_\_\_\_ a maintenu l'avis du SMR. Dans son rapport du 2 mai 2009,

le Dr A. \_\_\_\_\_ a signalé malgré différents traitements antidépresseurs la persistance et l'aggravation du syndrome dépressif à la fin 2007 ou au début 2008, la présence d'importants troubles fonctionnels et l'émergence d'idéation suicidaire, le syndrome dépressif étant invalidant. Le 9 septembre 2009, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a fait état d'un spondylolistésis L5-S1, d'une petite arthrose débutante au genou et, suite à une IRM, d'une déchirure marquée du ménisque interne. Le 12 octobre 2009, le Dr O. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de gonarthrose débutante du genou gauche, a constaté des douleurs au genou gauche et n'a pas retenu d'instabilité ligamentaire majeure. Le 30 novembre 2009, il a retenu le diagnostic principal de déchirure de la corne moyenne du ménisque interne du genou gauche. Le 28 décembre 2009, a été constaté à l'Hôpital de Morges un foie globalement hyperéchogène évoquant une stéatose non spécifique, sans autre anomalie retenue. Dans son expertise psychiatrique du 29 juin 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics selon la CIM-10 de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen. En raison de la présence de trois critères cardinaux et de trois critères secondaires selon la CIM-10, il a retenu un épisode dépressif, qualifié de moyen, non récurrent, et a écarté un trouble bipolaire. Compte tenu de l'importance des douleurs touchant l'appareil locomoteur, non ou insuffisamment fondées par le socle somatique objectif, et en l'absence de critères d'exclusion, il a retenu la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a écarté la présence de dysthymie, au vu de l'évolution constatée et des antécédents de l'assurée, et d'un trouble de personnalité, malgré les traits de personnalité marqués. Dans son appréciation assécurologique, il a indiqué que l'assurée présentait un épisode dépressif qui n'avait pas les caractéristiques d'un trouble affectif évoluant per se, avait une composante réactionnelle indéniable, était apparu après la douleur chronique et paraissait bel et bien associé au tableau clinique du syndrome douloureux somatoforme persistant, de sorte qu'il n'était pas justifié d'en faire une entité à part ayant valeur incapacitante en soi. Même si le réseau social était manifestement altéré, compte tenu des contacts sociaux avec sa famille et de capacités relationnelles, l'expert a infirmé l'existence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il a également nié la présence d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, puis a admis un processus maladif de longue durée et la résistance au traitement selon les règles de l'art; il a partiellement admis une présentation figée et cristallisée chez l'assurée, relevant toutefois la possibilité que cette dernière conservât des ressources psychiques conséquentes. A l'aune de ces critères, il a conclu que l'assurée ne présentait pas un tableau clinique ayant la gravité exceptionnelle qui justifierait une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Dans son expertise rhumatologique du 1<sup>er</sup> juillet 2010, la Dresse N. \_\_\_\_\_ n'a pas posé de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail au plan somatique, n'a pas retenu de limitations fonctionnelles ni de diminution de rendement dans les anciennes activités exercées et a indiqué que toutes les activités dans le secteur industriel semblables à celle exercée par l'assurée étaient adaptées. S'agissant des troubles présentés par l'assurée, elle a signalé d'importantes plaintes somatiques et indiqué que les examens médicaux objectifs n'avaient pas fait leur preuve pour reconnaître actuellement les critères diagnostiques d'une affection particulière expliquant l'incapacité de travail, relevant que la spondylodiscarthrose est une affection fréquente à l'âge de l'intéressée. Elle a retenu que l'assurée présentait des éléments de distorsions au status et une diffusion des douleurs au-delà de la fibromyalgie, mais qu'il n'y avait pas de pathologie mécanique invalidante; elle a signalé des phénomènes de discordance, indiquant que l'intéressée avait des ressources suffisantes pour mobiliser sans limitation son appareil locomoteur. Elle s'est écartée de l'appréciation de la capacité de

travail faite par les médecins traitants de l'assurée, relevant que ces derniers avaient reconnu les plaintes subjectives comme invalidantes sans les confronter aux éléments objectifs. c) Sur le plan somatique, on ne voit pas de raison de s'écarter des examens, de l'analyse et des conclusions de la Dresse N. \_\_\_\_\_, dans son expertise rhumatologique du 1<sup>er</sup> juillet 2010. Sur la base d'une étude approfondie des pièces médicales figurant au dossier et de son propre examen, cette spécialiste a signalé d'importantes douleurs subjectives (présentant une diffusion au-delà de la fibromyalgie), en l'absence de pathologie mécanique invalidante, hormis une spondylodiscarthrose, affection fréquente à l'âge de l'intéressée. Elle a par ailleurs signalé une discordance entre les plaintes subjectives et les données médicales objectives, relevant de surcroît que l'intéressée avait des ressources suffisantes pour mobiliser sans limitation son appareil locomoteur. On retiendra donc l'absence de lésions organiques ou neurologiques pouvant expliquer les douleurs ressenties par l'assurée. S'agissant plus spécialement de la capacité de travail, la Dresse N. \_\_\_\_\_ s'est écartée de l'appréciation faite par les médecins traitants de l'assurée, relevant que ces derniers avaient reconnu les plaintes subjectives comme invalidantes sans les confronter aux éléments objectifs, tout en déclarant rejoindre les diagnostics posés par ces derniers. Sur cette question, l'appréciation de l'expert est conforme à la jurisprudence relative à la présence d'un état douloureux sans substrat organique objectivable, qui doit être appréciée compte tenu des critères en matière de trouble somatoforme douloureux, respectivement de fibromyalgie (ATF 132 V 65; TF 9C\_60/2010 du 8 juillet 2010 consid. 1.2). Or, les médecins traitants de l'assurée, en particulier la Dresse T. \_\_\_\_\_, ne se sont visiblement basés que sur l'importance des douleurs décrites par l'assurée pour justifier l'incapacité de travail. L'appréciation médicale et les conclusions quant à la capacité de travail faites par la Dresse N. \_\_\_\_\_ sont notamment corroborées par l'avis des Drs L. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, du SMR. Dans leur rapport du 22 mai 2008, ces médecins n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail du point de vue ostéoarticulaire et, compte tenu des limitations fonctionnelles sur le plan physique présentées par l'assurée, ont évalué à 100% la capacité de travail dans l'activité habituelle (ouvrière en montage de connecteurs électroniques). Ils ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique diffus sans substrat organique, mis à part au niveau des genoux et du rachis, relevant que le status neurologique était normal. Les médecins du SMR ont donc, à l'instar de l'expert judiciaire, constaté l'absence de lésions organiques ou neurologiques pouvant expliquer les douleurs subjectives ressenties par l'assurée. On ajoutera que les Drs T. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ n'ont pas mentionné, par rapport aux médecins du SMR et à l'expert, d'éléments objectifs supplémentaires permettant de considérer que l'expertise serait incomplète. En réalité, il n'existe pas de contradictions entre les constatations médicales des médecins traitants et celles de l'expert; il s'agit uniquement d'une appréciation différente de la capacité de travail. L'expert a clairement indiqué pourquoi il s'écarterait de l'avis des médecins traitants; l'avis de ces derniers doit au demeurant être apprécié avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail. Quant au Dr O. \_\_\_\_\_, il ne se prononce pas au sujet de la capacité de travail, de sorte qu'il ne peut infirmer les conclusions de l'expert judiciaire et des médecins du SMR. Par ailleurs, s'agissant des arguments de la recourante, le fait que l'expert ait pu se référer à une aggravation de l'état de santé de l'assurée ne saurait signifier que la capacité de travail de cette dernière s'en trouve diminuée. La Dresse N. \_\_\_\_\_ a au contraire mis en évidence une persistance des plaintes subjectives parallèlement à l'absence de lésions organiques, sans incidence sur la capacité de travail. Les explications de l'expert judiciaire exposent clairement que l'assurée ne présente pas de

limitations fonctionnelles dans sa dernière activité d'ouvrière. Si ce médecin a retenu un degré d'empêchement de 20% dans l'activité de sommelière, il faut relever qu'une telle activité se pratique usuellement en position debout et implique de fréquents déplacements, alors que celle d'ouvrière en usine exercée par l'intéressée, selon la description donnée par l'expert (p. 65), s'exerçait en position principalement assise et sans déplacement. Au demeurant, dans son expertise, la Dresse N.\_\_\_\_\_ se base sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier (mentionnant notamment les avis de ses confrères, les examens radiologiques, de laboratoire, d'IRM et d'échographie), sur une anamnèse détaillée (en particulier familiale, socioprofessionnelle, systématique et actuelle) et sur un examen médical approfondi (sur le plan ostéoarticulaire, au niveau du rachis, des membres supérieurs et inférieurs, puis neurologique et sanguin). Elle a ensuite procédé à une appréciation médicale claire, tenant compte des plaintes subjectives et des examens effectués, avant de retenir des conclusions claires et dûment étayées, de sorte que son avis répond parfaitement aux critères en matière de valeur probante. d) Sur le plan psychique, au terme d'une analyse approfondie tenant compte de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier et de son propre examen, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen, ce dont on ne voit pas de raisons de s'écarter. En effet, ce spécialiste s'est fondé sur une analyse de la situation de l'assurée (sur la base de son anamnèse et des autres avis médicaux) en tenant compte des critères de la CIM-10 pour justifier les diagnostics qu'il a posés, respectivement ceux qu'il a écartés. Dans son appréciation, il a indiqué que l'assurée présentait un épisode dépressif qui n'avait pas les caractéristiques d'un trouble affectif évoluant per se, avait une composante réactionnelle indéniable, était apparu après la douleur chronique et paraissait bel et bien associé au tableau clinique du syndrome douloureux somatoforme persistant, de sorte qu'il n'était pas justifié d'en faire une entité à part ayant valeur incapacitante en soi. En d'autres termes, il n'a pas retenu de comorbidité psychiatrique, au sens de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Sur ce point, son avis est rejoint par celui des Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ (rapport du 22 mai du SMR), de sorte qu'il peut être retenu. Sous l'angle des autres critères permettant de se prononcer sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, l'expert (également rejoint par les médecins précités du SMR) a infirmé à juste titre l'existence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, du fait notamment que l'assurée garde des contacts sociaux avec sa famille. Il a également nié la présence d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, puis a admis un processus malade de longue durée et la résistance au traitement selon les règles de l'art; il a partiellement admis une présentation figée et cristallisée chez l'assurée, relevant toutefois la possibilité que cette dernière conserve des ressources psychiques conséquentes et soit à même de les exploiter. De plus, comme l'expert l'a mentionné dans les examens de laboratoire (p. 10), il semble que l'assurée ne prenne pas sa médication comme elle est prescrite. On retiendra donc, comme le Dr B.\_\_\_\_\_, que l'assurée ne présente pas un tableau clinique qui justifierait une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Ainsi, compte tenu des critères en la matière (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1), la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est pas renversée. On s'écartera donc de l'avis du Dr A.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail, dont les motivations sont bien moins fouillées et documentées que celles de l'expert et dont l'avis quant à la capacité de travail, en tant que psychiatre traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Ces mêmes remarques

valent également à l'encontre de l'avis exprimé par les Desses G. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, lesquelles ne sont en outre pas spécialisées en psychiatrie et ne sauraient donc infirmer de façon convaincante les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 11 décembre 2007, les médecins du département de psychiatrie du CHUV n'ont pas relevé d'éléments ayant été omis par l'expert; leur avis, peu documenté et insuffisamment motivé au regard de l'expertise, ne permet pas de douter des conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_. Quant à l'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2004 des médecins de la PMU, le Tribunal des assurances (jugement du 17 octobre 2005) puis le Tribunal fédéral (arrêt du 22 mars 2007) ont déjà eu l'occasion de dire qu'elle ne remplissait pas les critères en matière de valeur probante, au regard notamment de l'expertise du 27 septembre 2002 du Dr K. \_\_\_\_\_, qui a retenu une capacité de travail d'au moins 80% sur le plan psychique dès janvier 2000. On ajoutera que l'expert judiciaire et les médecins du SMR se prononcent de façon détaillée au sujet des critères en matière de trouble somatoforme douloureux, ce qui n'est pas le cas des médecins traitants de l'assurée. En ce qui concerne les arguments de la recourante, comme le relève l'OAI, le fait que le Dr B. \_\_\_\_\_ a constaté au moment de l'établissement de son expertise du 29 juin 2010 un tableau plus préoccupant qu'en 2002, soit lors de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, ne permet pas en soi d'affirmer que l'assurée a présenté dans l'intervalle une diminution de sa capacité de travail. Les explications de l'expert judiciaire permettent au contraire de justifier que, malgré l'état dépressif dont elle fait état depuis plusieurs années et compte tenu de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux, l'assurée a conservé sa capacité de travail. Dans son expertise, le Dr B. \_\_\_\_\_ se base au demeurant sur l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, sur une anamnèse précise (familiale, personnelle et actuelle) et tient compte des plaintes de l'assurée. Il a ensuite procédé à un examen de l'assurée, avec deux entretiens personnels et un test de Hamilton, avant de procéder à une appréciation médicale claire, notamment sur la base de la CIM-10 et du DSM-IV-TR, et de retenir des conclusions claires, dûment motivées et dénuées de contradictions. Son avis répond donc aux critères déterminants en matière de valeur probante. e) Dès lors, sur les plans tant somatique que psychique, il y a lieu de retenir que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié au point d'influencer son droit aux prestations par rapport aux circonstances ayant prévalu lors de l'octroi de sa rente limitée dans le temps, qui lui a été accordée pour la période du 1<sup>er</sup> mars 1999 au 31 mars 2000. En ce sens, les conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. 4. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, la décision attaquée rendue par l'OAI le 30 septembre 2008 devant donc être confirmée. b) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées). 5. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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