

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 novembre 2010

---

Présidence de      Mme      RÖTHENBACHER  
Juges      :      M.      Dind et M. Monod, assesseur  
Greffière      :      Mme      Pasche

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me Laurent Damond,  
avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1, 28 al. 2 LAI; 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1973, ressortissante turque, mariée, mère de deux enfants mineurs, sans formation, a travaillé du 1er septembre 1996 au 9 avril 1999 comme ouvrière auprès de [...] à raison de 41 heures par semaine, au salaire horaire de 17 fr. 10. Elle a présenté dès le 3 mars 1999 une incapacité de travail de 100 pour-cent. Dans un rapport médical établi le 23 mai 2000, la Dresse B.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de difficultés relationnelles avec le mari et les beaux-parents. Elle a estimé que la maladie avait débuté autour de mai-juin 1999 et que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée depuis le 8 juillet 1999. Dans son rapport médical du 29 août 2000 à la [...], assureur perte de gain, cette praticienne jugeait que l'évolution et l'état de santé de l'assurée étaient stationnaires et posait les diagnostics de troubles du sommeil (cauchemars), crises d'angoisse, baisse de libido, difficultés de concentration, troubles de la mémoire, irritabilité et nervosité, tristesse, perte d'appétit et fatigue.

Le 30 août 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, en précisant, concernant le genre d'atteinte: «problème au ventre et de respiration + dépression». Dans un formulaire destiné à l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) qu'elle a complété le 13 septembre 2000, elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait en plus de la tenue de son ménage à 100% en qualité d'ouvrière.

Dans un rapport médical adressé le 3 octobre 2000 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué que l'assurée ne travaillait plus depuis mars 1999, que son état était stationnaire et que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, remarquant qu'à part la maigreur et la douleur abdominale diffuse, le status était

normal. Ce médecin a posé les diagnostics suivants: dépression nerveuse chronique, état de faiblesse et maigreur, hernie hiatale, gastrite chronique, ptose gastrique nette avec dyspepsie, côlon spastique, discopathie L4-L5 et L5-S1.

Le Dr K. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI par téléphone le 23 septembre 2002 que l'assurée était toujours suivie chez lui mais qu'il ne lui avait pas donné de certificat d'incapacité de travail car elle ne présentait pas d'invalidité sur le plan somatique.

Dans son rapport médical à l'OAI du 25 septembre 2002, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent existant depuis mai-juin 1999. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 8 juillet 1999 pour une durée indéterminée. La psychiatre traitant de l'assuré a en outre fait les constatations objectives suivantes:

«Patiente d'origine turque, de tenue hygiéno-vestimentaire correcte, parlant dans sa langue maternelle (thérapeute de même origine) de manière timide, avec une voix basse et monotone.

La confiance en soi, absente au début du traitement, a pu s'établir au cours de la thérapie. L'humeur est moins déprimée qu'au début, mais Madame A. \_\_\_\_\_ reste encore très fragile sur le plan affectif.

Les difficultés dans le couple et avec la belle-famille ont pu être bien travaillées (nous avons pu réaliser un entretien avec le couple) et améliorées grâce au rétablissement de la communication. A noter que l'accouchement du 2e fils (ainsi que le retour au domicile du premier, qui vivait chez les grands-parents paternels) a été assez bien géré par la patiente. Elle risque toutefois de créer une relation fusionnelle avec ce 2e fils, comme elle la vit avec sa propre mère.

Madame A. \_\_\_\_\_ a pu vivre une période d'amélioration à tel point que l'on a envisagé une reprise du travail. Elle s'est cependant trouvée dans une nouvelle période de dépression, présentant une grande fatigue, de la nervosité, des troubles du sommeil, de l'appétit et de la libido, ainsi que des crises d'angoisse pour lesquelles elle a dû aller à l'hôpital à plusieurs reprises.

Vu le travail psychothérapeutique réalisé, avec l'amélioration de l'estime de soi et le rétablissement de relations interfamiliales plus adéquates, on peut espérer qu'elle puisse accomplir un travail plus approfondi sur elle-même lui permettant ainsi d'utiliser d'autres défenses psychiques.

#### D7. Thérapie

La patiente ayant une bonne capacité à entrer dans une relation psychothérapeutique et ayant déjà fait un progrès en résolvant certains conflits, le pronostic reste pour nous assez favorable.»

Dans l'annexe au rapport médical, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité était indépendante du genre de travail et qu'aucune activité n'était exigible en raison du genre d'affection dont l'assurée était atteinte.

Le 5 mars 2003, le Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, a adressé un rapport médical au médecin traitant de l'assurée, qui avait notamment la teneur suivante:

«En résumé, votre patiente présente donc des lombalgies sur des troubles statiques sous forme d'une rectitude avec un renversement postérieur de son rachis lombaire, associées à une discopathie L5-S1 débutante à interpréter toutefois avec prudence compte tenu de la mauvaise qualité du cliché.

Toutefois, ceci ne changeant pas le traitement, je n'ai pas pratiqué de nouveau bilan radiologique.

Sur le plan thérapeutique, sous réserve d'un bilan biologique inflammatoire négatif, je pense qu'il faut intensifier le programme de rééducation sous forme d'exercices d'assouplissement, d'hygiène posturale et d'exercices de renforcement musculaire. Il est toutefois important que la patiente participe activement à cette prise en charge thérapeutique, ce qui ne semble pas être le cas. Je n'ai pas prévu de la revoir en contrôle, mais je reste à votre entière disposition si nécessaire.»

Pour compléter l'instruction de la demande de prestations de l'assurée, l'OAI a mandaté son Service médical régional (ci-après: SMR) afin qu'il procède à un examen médical. Ce dernier a eu lieu le 28 avril 2003. Selon le rapport d'examen psychiatrique établi le 20 juin 2003, le diagnostic qui a été posé était celui de trouble dépressif récurrent, réactionnel, actuellement en rémission (F33.4). L'appréciation du cas de l'assurée était notamment la suivante:

«[...]

Sur la base de notre observation clinique, le status psychiatrique est dans les limites de la norme.

En ce qui concerne le diagnostic de trouble dépressif récurrent, posé par le Dr B.\_\_\_\_\_, déjà amélioré au mois de septembre 2002 (voir rapport médical du 25.09.2002), il est actuellement en rémission complète.

A notre avis, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, posé par le Dr B.\_\_\_\_\_, s'inscrit dans les états dépressifs réactionnels, soit dépression réactionnelle récurrente, dans un contexte familial conflictuel.

En conclusion, du point de vue psychiatrique, l'assurée présente actuellement une capacité de travail exigible de 100%. En tenant compte de l'avis du médecin traitant et du psychiatre, nous pouvons reconnaître à

notre assurée une incapacité de travail à 100% dès le 08.07.1999 au 25.09.2002, date de son amélioration.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques sont:

Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible

100% DES SEPTEMBRE 2002.»

Par décision du 10 octobre 2003, dont la motivation a été communiquée le 13 novembre 2003 à l'assurée, l'OAI l'a informée qu'elle avait droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1er juillet 2000 au 31 décembre 2002. La motivation de cette décision était en substance la suivante:

«Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité d'ouvrière auprès de [...] du 02.09.1996 au 31.07.1999. Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 8 juillet 1999. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai de carence d'une année prévu par l'article 29 LAI précité.

A l'échéance du délai en question, soit le 8 juillet 2000, et après analyse de votre dossier par notre service médical, nous constatons que votre incapacité de travail et de gain est de 100%. Dès lors, votre degré d'invalidité est de 100%.

Toutefois, si la capacité de travail et de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente (art. 88a al. 2 RAI).

Ainsi, notre service médical estime que dès le 25.09.2002 vous êtes apte à reprendre votre ancienne activité d'ouvrière à 100%. Dès lors, votre degré d'invalidité est de 0%.»

Le 19 novembre 2003, l'assurée, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a formé opposition à cette décision. En substance, elle indiquait que son incapacité de travail était toujours de 100% et qu'il n'y avait pas eu d'amélioration de son état de santé. L'assurée a complété son opposition le 17 décembre 2003, faisant à nouveau valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré, qu'elle consultait une à deux fois par mois la Dresse B. \_\_\_\_\_ et était suivie très régulièrement par le Dr K. \_\_\_\_\_ pour ses multiples troubles fonctionnels. Elle demandait l'annulation de la décision du 10 octobre 2003 et qu'une rente de l'AI lui soit versée pour une durée indéterminée. Elle a en outre requis une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans un rapport médical du 30 janvier 2004, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a certifié qu'elle suivait toujours l'assurée pour les mêmes troubles que ceux déjà décrits dans son rapport à l'OAI du 25 septembre 2002. Elle notait que depuis l'établissement de ce rapport, l'état de santé de la patiente sur le plan psychique demeurait inchangé, voire légèrement aggravé, se manifestant surtout par des troubles alimentaires, avec la conséquence d'une perte de poids (environ 5 kg) et l'augmentation des cauchemars.

Dans un avis médical du 14 septembre 2004, le Dr F.\_\_\_\_\_, du SMR, a notamment relevé ce qui suit:

«[...]

On peut légitimement admettre à la lecture de ce document que le 25 septembre 2002, l'atteinte à la santé psychique n'est plus invalidante déjà, au moins à cette date si ce n'est déjà avant. Il n'y a plus de traitement psychotrope.

Le 28 avril 2003, lors de l'examen clinique psychiatrique au SMR, l'atteinte psychiatrique est en rémission. Le spécialiste psychiatre, se basant sur l'anamnèse, sur ses constatations et les connaissances médicales, estime que l'IT doit être considéré comme nulle et fait remonter cette situation au 25 septembre 2002, seule date disponible au dossier, ce qui est cohérent. Les documents supplémentaires sont le rapport du 05 mars du Dr C.\_\_\_\_\_ qui n'était pas versé au dossier le jour de l'examen du SMR et n'apporte pas d'élément probant concernant cette situation psychiatrique, ainsi que le rapport médical de la Dr B.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2004. Outre le fait qu'il est postérieur à l'examen SMR, il ne contredit pas les propres déclarations de la Dr B.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2002, déclarations qu'elle confirme même, et dit aussi que l'état de l'assurée n'a pas évolué vraiment depuis.

Vu ce qui précède, l'opposition de la [...] apparaît comme étant absolument non convaincante, basée sur une interprétation encore plus contestable des déclarations de la Dr B.\_\_\_\_\_.»

Par décision sur opposition du 21 septembre 2004, l'OAI a confirmé sa décision du 10 octobre 2003.

**B.** L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 22 octobre 2004 auprès du Tribunal des assurances, concluant à sa réforme dans le sens que l'OAI est tenu de lui verser une rente entière au-delà du 31 décembre 2002, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

Par jugement du 6 décembre 2005, le Tribunal des assurances a admis le recours de l'assurée, a annulé la décision attaquée et a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction puis rende une nouvelle décision. En substance, le Tribunal des assurances a retenu ce qui suit:

«[...] on constate que les médecins du SMR, qui ont examiné la recourante le 28 avril 2003, ont pu effectivement se prononcer de manière pertinente sur l'état psychique de celle-ci au moment de cet examen. Ils s'en sont, en revanche, remis sans autre au rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'incapacité de travail de l'assurée du 8 juillet 2000 au 25 septembre 2002; outre le fait que l'amélioration indiquée à cette dernière date par ce médecin n'était que passagère, sa prise de position quant à une incapacité totale de travail n'est pas solidement motivée et le diagnostic posé est flou; comme le relève l'OAI, ce rapport n'est guère probant, ce qui signifie que le renvoi du SMR à celui-ci ne l'est pas d'avantage.

Ainsi, force est d'admettre que l'instruction médicale effectuée par l'administration n'a pas été exhaustive, spécialement quant à la période d'incapacité totale de travail et la fin de celle-ci, qui ne saurait être fixée à la date du rapport non probant de la Dresse B.\_\_\_\_\_»

**C.** Reprenant l'instruction du cas de l'assurée, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise médicale le 29 janvier 2007. Il a notamment constaté ce qui suit:

«[...] Nous avons vu une femme qui est certes dans une expression de fatigue, peu mobile, passive et plutôt régressée, mais qui ne présente aucun trouble cognitif formel, qui est plutôt à caractériser comme euthymique et sans autre élément majeur en faveur d'un trouble dépressif dans le sens clinique du terme.

Au niveau de son fonctionnement de personnalité, elle est facilement dans une position de soumission où elle met autrui dans le rôle actif.

Toutes nos observations sont ainsi très proches de ce que d'autres confrères ont remarqué; l'assurée est très souvent dans une passivité, ne prend pas les messages d'activation, ceci ni sur le plan physique-corporel-musculaire-sportif, ni sur le plan psychique et social.

Nous retenons donc en résumé plutôt un aspect de normalité sur le plan psychiatrique ainsi que le fait qu'un certain nombre de facteurs ne sont pas attribuables au champ médical, à savoir:

- les problèmes d'acculturation,
- le problème du choix de sa vie en Suisse,
- le problème du couple,
- le problème de la belle-famille,

- les problèmes financiers qui, même s'ils ne sont pas très explicitement mentionnés, jouent un rôle certain, toute la famille étant au social.

Dans toute sa posture, l'assurée nous transmet son sentiment d'être malheureuse, là-aussi, il s'agit certes d'une notion que l'on peut emphatiquement réceptionner et comprendre, mais qui n'est pas attribuable à un problème d'ordre médicopsychiatrique.»

Sous la rubrique «diagnostic et conclusions» de son rapport, l'expert a constaté que d'un point de vue psychiatrique et moral, l'assurée souffrait de tendances dysthymiques. L'expert a précisé ce qui suit à cet égard:

«Ce terme désigne à la fois les fluctuations de son humeur en lien avec les problèmes contextuels mentionnés, à la fois son côté bénin. Son intensité est inférieure à ce que l'on retient habituellement pour le diagnostic propre de «dysthymie». On pourrait aussi formuler dans l'autre sens: si un état de perturbations émotionnelles plus important était présent auparavant, il est maintenant, avec l'aide de la médication, suffisamment compensé.

En conclusion, nous nous trouvons ainsi proches des appréciations faites en examen spécialisé du mois d'avril 2003 et nous n'avons aucun élément qui parle en faveur d'une quelconque aggravation de l'état psychique-psychiatrique dans la période 2003 à 2006.

En conséquence, il n'y sur le plan psychiatrique aucune incapacité de travail à retenir. A la limite, la reprise d'une activité professionnelle pourrait même avoir une valeur thérapeutique pour cette femme et sa situation sociale.»

L'expert a relevé qu'aucun diagnostic n'avait de répercussion sur la capacité de travail, posant comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail celui de tendances dysthymiques. Il était d'avis qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail, mais une diminution de rendement dans des moments dysthymiques et passagère de 20 pour-cent. Il concluait que toutes les activités accessibles avec la formation et l'expérience de l'assurée étaient exigibles.

Par courrier du 17 août 2007, l'OAI a posé les questions complémentaires suivantes à l'expert:

«- Existait-t-il une atteinte psychique qui diminuait la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle entre juillet 1999 et avril 2003?

- Si oui, quelle était cette atteinte, quelles étaient les limitations fonctionnelles et quelle était la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle?
- Cette atteinte justifiait-elle une incapacité de travail dans une activité adaptée pour cette même période?
- Si oui, quelle était cette incapacité de travail?
- S'il existait une atteinte à la santé, à quelle date celle-ci s'est-elle améliorée?»

Dans un rapport d'expertise complémentaire du 10 septembre 2007, l'expert a répondu en ces termes:

«Question 1: Oui, une atteinte psychique existait dans la période mentionnée dans le sens d'un épisode dépressif prolongé (non «récurrent») avec problèmes anxieux associés. Visiblement, ce trouble avait un caractère aigu. Différents traitements ont été mis en place. Une accentuation a probablement eu lieu avec la naissance du deuxième enfant de l'assurée en 2000 et, relativement vite, une augmentation du conflit familial (rejet belle-mère) et conjugal (désolidarisation du mari). On peut tout à fait admettre que l'assurée était submergée et dépassée par des problèmes dans un premier temps.

Question 2: Les limitations étaient liées à des blocages, troubles cognitifs, forte dévalorisation personnelle, sentiments de tristesse etc., conduisant dans leur ensemble à une incapacité de travail.

Question 3: Oui, on peut admettre (et aussi à défaut d'autres informations) que l'incapacité de travail était entière.

Question 4: Selon les informations, l'incapacité de travail était de 100%.

Question 5: Suite à l'examen extérieur, la capacité de travail entière était retrouvée le 25.09.2002. Je n'ai aucune raison de douter de ce constat, ceci d'autant plus que la description clinique de 2002/3 ressemble déjà aux constats retenus dans l'expertise de 2007.»

Dans un projet d'acceptation de rente du 14 janvier 2008, l'OAI a informé l'assurée que le droit à une rente entière lui était reconnu du 1er juillet 2000 au 31 décembre 2002.

L'assurée, par son conseil, a fait part de ses observations sur ce projet de décision par courrier du 15 février 2008. En substance, elle faisait valoir que l'expert n'avait pas répondu à la question de la fin de l'incapacité de travail dont la date avait été fixée par le rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_. Elle a sollicité la mise en place d'une nouvelle expertise indépendante auprès d'un autre médecin-psychiatre. Elle expliquait enfin que l'expert n'avait rencontré la patiente qu'à une seule reprise et durant

une heure, temps qu'elle jugeait insuffisant pour apprécier sa situation médicale.

Les observations de l'assurée ont été soumises à la Dresse G.\_\_\_\_\_ du SMR. Dans son avis médical du 26 février 2008, celle-ci a observé qu'il s'agissait d'arguments formels plus que médicaux.

Par décision du 23 mai 2008, motivée le 22 avril 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 janvier 2008, en attirant l'attention de l'assurée sur le fait que la prestation pour la période du 1er juillet 2000 au 31 décembre 2002 avait déjà été versée en 2003 sur la base de la décision du 10 octobre 2003. En substance, l'OAI a relevé que, l'expert M.\_\_\_\_\_ ayant fait les mêmes constatations que celles faites par le SMR en avril 2003, il pouvait valablement retenir que l'assurée ne présentait plus de trouble psychique invalidant.

**D.** L'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 2 juillet 2008. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la rente entière de l'assurance-invalidité est versée au-delà du 31 décembre 2002. En substance, elle fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis la fin de l'année 2002 et qu'il n'y a pas de raison que la rente ne lui soit pas versée au-delà de cette date. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

Dans sa réponse du 9 octobre 2008, l'OAI préavise pour le rejet de la requête d'expertise et du recours.

Dans une écriture du 3 février 2009, la recourante produit le rapport médical de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2004 dont il a été question ci-avant (cf. lettre A supra).

Le 2 mars 2009, l'OAI déclare persister dans ses conclusions.

Dans ses déterminations du 18 mai 2009, l'assurée maintient son recours et sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Elle produit un rapport médical du 13 mai 2009 de la Dresse B.\_\_\_\_\_, à teneur duquel elle est toujours suivie par cette praticienne en ambulatoire en raison des troubles psychiatriques qui nécessitent un suivi psychothérapeutique et médicamenteux (seropram comme anti-dépresseur) et présente une incapacité de travailler de 100% depuis 1999 sans changement notable.

Par courrier du 16 juin 2009, la juge instructrice a informé les parties qu'elle rejetait en l'état la requête d'expertise.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) – entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et immédiatement applicable dans la présente cause (voir la

disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD) -, qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), par la recourante contre la décision rendue le 23 mai 2008 par l'OAI.

**2.** La recourante fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis la fin de l'année 2002 et qu'il n'y a pas de raison que la rente ne lui soit pas versée au-delà de cette date. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire destinée à examiner «clairement» son état au-delà du 31 décembre 2002.

**a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**c)** Le juge des assurances sociales 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, 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. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références citées).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351, consid. 3b/aa et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25

mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_210/2010 du 7 septembre 2010, consid. 2.3).

**d)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 155 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

**3. a)** En l'espèce, les médecins du SMR avaient retenu dans leur rapport d'examen psychiatrique du 28 avril 2003 que le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé au mois de septembre 2002 par la Dresse B.\_\_\_\_\_ était actuellement en rémission complète et qu'une incapacité de travail à 100% pouvait être reconnue à l'assurée du 8 juillet 1999 au 25 septembre 2002, date de son amélioration. Ils étaient d'avis que l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique et que sa capacité de travail exigible était de 100% dès septembre 2002. Le recours de l'assurée contre la décision de l'OAI d'octroi d'une rente entière du 1er juillet 2000 au 31 décembre 2002 ayant été admis par le Tribunal des assurances, l'OAI a repris l'instruction du cas et a confié la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 29 janvier 2007, l'expert psychiatre constate que l'assurée souffre de tendances dysthymiques, mais est d'avis que ce diagnostic est sans répercussion sur la capacité de travail et souligne que ses observations sont très proches de celles d'autres confrères. Il conclut que toutes les activités accessibles avec la formation et l'expérience de l'assurée sont exigibles, cette dernière ne présentant pas d'incapacité de travail, mais seulement une diminution passagère de rendement de 20% dans des moments dysthymiques.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 29 janvier 2007 repose sur des examens complets, prend en compte les plaintes subjectives de la recourante et décrit clairement la situation médicale. Il ne contient pas de contradictions et les autres avis médicaux au dossier ne font état d'aucun élément objectif qui permettrait d'en mettre en cause les conclusions bien motivées et convaincantes. L'expert explique dûment les raisons pour lesquelles le diagnostic de tendances dysthymiques est posé et pourquoi celui-ci est sans répercussion sur la capacité de travail. Pleine valeur probante, conformément aux réquisits jurisprudentiels, peut donc lui être accordée.

Par ailleurs, les rapports médicaux de la Dresse B.\_\_\_\_\_ des 30 janvier 2004 et 13 mai 2009 ne sont pas de nature à remettre en

question l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_: la psychiatre traitant n'y décrit aucun élément objectif ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise ou qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Il faut en outre rappeler qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (cf. chiffre 2 let. c supra). L'expert a pour le surplus confirmé dans son complément d'expertise du 10 septembre 2007 que l'assurée avait présenté une incapacité de travail dès juillet 1999, et que sa capacité de travail entière était retrouvée le 25 septembre 2002. Il a en outre observé que la description clinique 2002-2003 ressemblait déjà aux constats retenus dans son expertise de 2007.

**b)** En définitive, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle retient que trois mois après le 25 septembre 2002, il n'y avait plus de trouble psychique invalidant, si bien que la recourante aurait pu reprendre son activité habituelle et mettre à profit une capacité de travail et de gain excluant le droit à une rente d'invalidité. En effet, comme on vient de le voir, il doit être retenu, au regard de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_ et de son complément, que la recourante aurait pu dès cette date mettre à profit une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans toutes les activités accessibles avec son expérience, de sorte qu'elle ne présentait désormais plus le moindre un degré d'invalidité, entraînant la suppression de la rente d'invalidité trois mois après l'amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

**c)** S'agissant de la requête de l'assurée tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, elle a été rejetée le 16 juin 2009 par la juge instructrice.

A cet égard, il y a lieu de rappeler que si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette

appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

**4.** En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Les frais de justice sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Laurent Damond, avocat (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :