

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 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^{er} 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^{er} mars 1999 au 31 mars 2000, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100%, puis a supprimé cette prestation à compter du 1^{er} 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^{er} 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 spondylolisthesis, 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 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.

Sur proposition du SMR, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, effectué par les Drs L._____, médecine interne et rhumatologie, et E._____, psychiatre FMH. Le 22 mai 2008, ces médecins 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 de l'assurée à 100% dans l'activité habituelle (ouvrière en montage de connecteurs électroniques) comme dans une activité adaptée. Ils ont retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Suite à une chute d'une chaise en novembre 1996, l'assurée a développé des douleurs de la péri-hanche D. Petit à petit, ces douleurs se sont propagées à la région lombaire et à tout le membre inférieur D jusqu'au talon. Par la suite, les douleurs se sont propagées à tout le corps et, actuellement, l'assurée présente également des douleurs de l'hémicorps G. L'assurée se plaint notamment de douleurs des articulations des doigts et de gonalgies bilatérales. Au status actuel, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, mais l'on note de nombreux signes comportementaux selon Waddell avec une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen, une démonstrativité importante de l'assurée, des lombalgies à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc,

les ceintures bloquées. La mobilité cervicale est satisfaisante, mis à part l'extension cervicale. La mobilité active des articulations périphériques est mal testable en vue d'une mauvaise collaboration de l'assurée. La mobilité passive des articulations des quatre membres est bien conservée, mis à part la mobilité des deux hanches qui est limitée en raison du développement d'une importante résistance volontaire. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note par contre des avants-pieds plats transverses. Le status neurologique est par ailleurs sp, mis à part des épreuves de Tinel positives au niveau des deux poignets, laissant suspecter cliniquement la présence d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, dont l'existence devrait être confirmée par un EMG qui pourrait être organisé par le médecin-traitant. A noter par ailleurs, que l'assurée présente des douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie, mais également des points de contrôle. Les douleurs n'étant pas limitées seulement aux points typiques de la fibromyalgie, mais prenant également les points de contrôle, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux chronique diffus sans substrat organique, mis à part au niveau des genoux et du rachis, où les examens radiologiques ont mis en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale interne modérée bilatérale ainsi que des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec antélisthésis de L5/S1 de degré I. Ce syndrome douloureux chronique diffus sans substrat organique a pu être mis sur le compte d'un syndrome douloureux somatoforme persistant grâce à l'examen psychiatrique. A noter encore qu'une échographie du talon G aurait mis en évidence une fasciite plantaire G.

L'anamnèse, le status et les examens complémentaires nous font retenir les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces pathologies, nous définissons des limitations fonctionnelles qui sont bien respectées dans l'activité habituelle de l'assurée comme ouvrière en montage de connecteurs électroniques chez [...], cette activité ne nécessitant pas de lever de charges et se faisant en position assise permettant tout de même de se lever. Ainsi, la capacité de travail est complète dans l'activité habituelle de l'assurée comme ouvrière en montage de connecteurs électroniques, cette activité tenant bien compte des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Par ailleurs, dans toutes autres activités tenant compte également des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est également complète.

D'après l'anamnèse psychiatrique, l'assurée aurait été prise en charge dans un Hôpital de Jour il y a 6 ans, durant 3 semaines. Une prise en charge psychiatrique a été mise [en] place depuis octobre 2007 par le Dr A. _____ qui retient un épisode dépressif sévère depuis 1998. La prise en charge chez le Dr A. _____ a débuté le 15 octobre 2007, l'assurée étant adressée chez lui par son médecin traitant. D'après le certificat médical fait par le Dr A. _____ du 5 mai 2006, plusieurs traitements antidépresseurs ont été proposés mais pas supportés. L'examen psychiatrique au SMR permet de constater une symptomatologie dépressive qui, d'après la description donnée par l'assurée, serait présente depuis 1998. Une symptomatologie psychotique ou anxieuse n'est pas constatée. L'assurée présente une hyper-expressivité émotionnelle et une

labilité affective qui rentrent dans le cadre d'une personnalité histrionique.

La présence d'une humeur dépressive chronique, de ruminations existentielles, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidiennes et les activités habituellement agréables, la mauvaise image de soi, les difficultés à voir l'avenir rentrent dans le cadre d'une dysthymie. Etant donné qu'elle est réactionnelle au syndrome douloureux, elle est à début tardif. En outre, face aux conclusions de l'examen somatique (syndrome douloureux chronique diffus sans substrat organique), un syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu.

En conclusion, suite à l'examen psychiatrique, une dysthymie à début tardif, un syndrome douloureux somatoforme et une personnalité histrionique sont retenus. Ces diagnostics sont d'une intensité insuffisante pour être à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une répercussion sur la capacité de travail de longue durée.

En ce qui concerne le rapport médical du Dr A. _____, qui a débuté la prise en charge en octobre 2007, étant donné que la symptomatologie dépressive est réactionnelle aux troubles somatoformes douloureux, le diagnostic de dysthymie est retenu à la place d'un épisode dépressif sévère, surtout depuis 1998, date à laquelle le Dr A. _____ ne soignait pas l'assurée. Même si le diagnostic est partagé par le rapport de consultations du Département de Psychiatrie, à l'Hôpital Orthopédique, il est difficile d'expliquer pourquoi face à un épisode dépressif sévère dont l'assurée présentait des idées suicidaires scénarisées, une hospitalisation en milieu psychiatrique n'a pas été proposée. Lors du rapport de consultation du 13 novembre 2007, à la page 3 on peut lire que « sur le plan de l'évolution clinique, nous ne constatons guère de changement sur le plan de la symptomatologie dépressive durant l'hospitalisation ». Ceci ne peut s'expliquer que par le fait que la symptomatologie est réactionnelle au syndrome douloureux somatoforme et dans ce contexte, elle est résistante à un traitement pharmacologique.

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et dans sa durée n'est pas constatée. Un trouble de la personnalité décompensé ne peut pas être retenu. Même si l'assurée décrit une tendance à s'isoler, l'entourage familial immédiat est conservé et dans ce sens, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue (dernières vacances en Macédoine, juillet 2007). Ainsi, les critères de sévérité de la jurisprudence ne sont pas constatés.

Les limitations fonctionnelles sont:

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/h la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres inférieurs: pas de genuflexion, pas de franchissement régulier d'escaliers, échelles ou escaliers et pas de marche ou de position debout prolongée de plus d'une demi-heure.
Sur le plan psychiatrique: aucune.

[...]

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations bidisciplinaires effectuées lors de l'examen SMR du 6 mai 2008, il apparaît que la capacité de travail est complète dans l'activité habituelle de l'assurée comme ouvrière en montage de connecteurs électroniques, cette activité étant bien adaptée et tenant bien compte des limitations fonctionnelles requises par les pathologies ostéoarticulaires. Par ailleurs, la capacité de travail est également complète dans toute autre activité adaptée, tenant compte également des limitations fonctionnelles".

Dans un avis médical SMR du 11 juin 2008, le Dr X._____, se référant à l'examen clinique effectué par les Drs L._____ et E._____, a notamment retenu une capacité de travail entière depuis mars 1998.

Par projet de décision du 17 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Sur la base de l'examen rhumatologique et psychiatrique effectué le 6 mai 2008 par le SMR, il a retenu qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI et que la capacité de travail de l'intéressée était complète, dans l'activité habituelle comme ouvrière de montage, et dans une activité adaptée. Il a ajouté que l'assurée, selon examen psychiatrique du SMR, ne présentait pas de comorbidité psychiatrique à son syndrome douloureux persistant.

Le 2 juillet 2008, l'assurée a contesté ce projet de décision, se prévalant en substance de son impotence et de la réalité de ses souffrances. Elle a déposé les documents médicaux suivants:

- Un courrier du 2 juillet 2008 de la Dresse T._____, contestant l'avis du SMR ainsi que l'appréciation de l'OAI, et maintenant que l'assurée souffre d'un syndrome douloureux chronique invalidant, quel que soit le terme qu'on lui attribue, qu'il y ait ou non une base organique.

- une lettre du 25 juin 2008 du Dr A._____, soutenant que l'OAI s'est écarté sans raisons de l'expertise de la PMU et que l'examen du SMR ne peut être qualifié de neutre et d'impartial. Il 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, et entraînant une incapacité de travail dans toute activité.

Dans un avis médical du 28 juillet 2008, le Dr X._____ a relevé que les Drs T._____ et A._____ n'apportaient pas de fait nouveau et qu'ils exprimaient un avis différent du sien. Il a confirmé que l'appréciation de la capacité de travail du SMR, conforme à la jurisprudence, était inchangée.

Par décision du 30 septembre 2008, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité, se référant aux mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet de décision du 17 juin 2008. Dans un courrier du même jour, l'OAI a expliqué à l'assurée que le rapport d'examen du SMR emportait valeur probante, que ses médecins traitants n'attestaient pas d'aggravation significative de son état de santé depuis la décision sur opposition du 24 juin 2004 et que l'expertise de la PMU était dénuée de valeur probante, de sorte que le droit à la rente devait être nié.

Le dossier de l'assurée auprès de son assureur perte de gain a été produit. Il en ressort notamment que l'intéressée a été victime le 27 novembre 1996 d'une chute d'une chaise, prise en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), ayant occasionné des périodes d'incapacité de travail depuis le 27 novembre 1996 et des douleurs diffuses à la face externe de la hanche droite (rapport d'examen du 26 janvier 1998 du Dr D._____, médecin-conseil de la CNA).

C. Par acte du 30 octobre 2008 de son mandataire, U._____ a fait recours au Tribunal des assurances et conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise

pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), puis principalement à la réforme de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier pour instruction complémentaire.

Se prévalant notamment de l'avis des médecins de la PMU et de la Dresse T._____, elle estime que son état de santé s'est aggravé et que le SMR n'a effectué qu'une étude succincte sur le plan médical, de sorte qu'il convient de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Elle ajoute que les médecins l'ayant examinée ont fait des observations approfondies et des investigations complètes, de sorte que leurs résultats sont convaincants et ne sauraient être écartés au profit de l'avis du SMR. Elle retient ensuite que son état de santé s'est aggravé de telle façon que le droit à des prestations d'invalidité est ouvert.

Dans sa réponse du 13 février 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, précisant n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement du 30 septembre 2008.

Le 18 mai 2009, la recourante a maintenu les conclusions de son recours, réitérant et développant ses arguments. Elle a notamment déposé un rapport du 2 mai 2009 du Dr A._____, signalant malgré différents traitements antidépresseurs la persistance et l'aggravation du syndrome dépressif au plus tôt fin 2007 ou au plus tard début 2008, la présence d'importants troubles fonctionnels et l'émergence d'idéation suicidaire; selon ce médecin, le syndrome dépressif était invalidant.

En date du 25 juin 2009, l'OAI a confirmé sa position, relevant que les nouveaux rapports produits par la recourante n'apportaient aucun élément médical nouveau par rapport à l'appréciation du SMR.

Le 17 septembre 2009, la recourante a maintenu ses conclusions et ses motifs, puis déposé les documents suivants:

- Un rapport du 2 septembre 2009 du centre d'imagerie de Morges, attestant notamment d'une lésion au ménisque suite à une IRM du genou gauche effectuée le 2 septembre 2009, ainsi qu'un CD-ROM du centre d'imagerie de Nyon.

- Un courrier du 9 septembre 2009 de la Dresse T._____, sollicitant une arthroscopie pour une gonalgie interne gauche, et attestant d'un spondylolistésis L5-S1, d'une petite arthrose débutante au genou et, suite à une IRM, d'une déchirure marquée du ménisque interne.

Dans un rapport du 12 octobre 2009, le Dr O._____, chirurgien orthopédique FMH à Morges, suite à un examen de l'assurée, 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, se référant à un séjour de l'assurée au service de chirurgie de l'Hôpital de Morges, ce médecin a retenu le diagnostic principal de déchirure de la corne moyenne du ménisque interne du genou gauche.

Le 28 décembre 2009, suite à une échographie abdominale supérieure, le centre d'imagerie de Morges a constaté un foie globalement hyperéchogène évoquant une stéatose non spécifique, sans autre anomalie retenue.

D. Le juge instructeur a ordonné une expertise psychiatrique judiciaire, effectuée en juin 2010 par le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Sion. Le 29 juin 2010, ce médecin a posé les diagnostics selon la CIM-10 de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen. Il a notamment retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Trouble dépressif

[...]

Dans le cas présent, Mme U._____ rapporte les trois symptômes cardinaux d'un épisode dépressif. Il y a la tristesse, la fatigue

anormale et la perte d'intérêt et du plaisir, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis de nombreux mois.

Par ailleurs, l'assurée relate aussi la perte de confiance en soi, les difficultés à penser et à se concentrer ainsi que de sévères troubles du sommeil, même s'ils sont aussi corrélés aux douleurs.

On ne peut par contre pas retenir de diminution de l'appétit ni de culpabilité pathologique ni d'idées suicidaires récurrentes.

L'observation montre une personne sombre et triste. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur.

En considérant qu'il y a trois critères cardinaux et trois critères secondaires, on doit admettre l'épisode dépressif. Celui-ci doit être qualifié de moyen, conformément aux réquisits de la CIM-10. Ce degré de sévérité est d'ailleurs corroboré au score de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton du 18.06.2010.

La pathologie dépressive semble remonter à la fin des années 1990. Il n'y a pas notion d'un épisode antérieur. La récurrence ne doit par conséquent pas être notée.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire peut dès lors être écarté.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient un épisode dépressif moyen selon la dénomination de la CIM-10. Dans la terminologie du DSM-IV-TR, il s'agirait d'un trouble dépressif majeur (*état actuel moyen, chronique*), le qualificatif de chronique étant préconisé par le DSM-IV-TR, dans la mesure où le tableau clinique dure depuis plus de deux ans.

Syndrome douloureux somatoforme persistant

[...]

Dans le cas présent, la détresse ne fait guère de doute. L'assurée se plaint essentiellement de douleurs qui touchent l'appareil locomoteur. Tant leur étendue que leur intensité ne sont pas fondées ou insuffisamment fondées par le socle somatique objectif. Cette constatation se dégage du dossier. Elle est confirmée par l'appréciation de Mme le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie et co-expert pour la présente expertise judiciaire. Au vu de ces éléments, on doit retenir le critère A du tableau 1 [de la CIM-10, F45.4].

La question des critères d'exclusion doit être discutée. Il n'y a pas de trouble psychotique ou de type schizophrénique. On peut être formel sur ce point. Le soussigné ne retient pas d'autre trouble somatoforme pour des motifs qui seront expliqués plus loin. Le trouble dépressif n'a pas la spécificité ni l'intensité qui feraient exclure le trouble somatoforme. Il est apparu après les douleurs chroniques. Il n'est pas au premier plan. Il n'explique pas mieux les douleurs que ce que décrit le syndrome douloureux somatoforme persistant. Au vu de ces éléments, le soussigné est persuadé qu'il

n'y a pas les critères d'exclusion prévus à la lettre B du tableau 1 [de la CIM-10, F45.4].

Au terme de cette réflexion diagnostique, il est justifié de retenir le syndrome douloureux somatoforme persistant, conformément à ce qui a été fréquemment noté dans le volumineux dossier de cette expertisée.

Autres diagnostics psychiatriques

[...]

Dans le cas présent, il n'y a pas notion de dépression chronique depuis les débuts de l'âge adulte. L'assurée donne une histoire personnelle vierge de toute symptomatologie psychiatrique jusqu'aux faits qui nous préoccupent. Mme U._____ dit que tout allait bien jusqu'au milieu des années 1990. Cette anamnèse parle déjà contre la dysthymie, même s'il y a des cas à début tardif.

Par ailleurs, le diagnostic d'épisode dépressif a déjà été retenu très tôt au dossier. Il émerge de la consultation psychiatrique du 17.03.1998 au CHUV où il est question d'un état dépressif léger avec syndrome somatique. Le libellé diagnostique comprenant les termes de léger avec syndrome somatique fait tout de même penser que le médecin psychiatre de l'époque avait constaté un véritable épisode dépressif. On était alors au-delà de ce que définit la simple dysthymie.

La présentation actuelle est celle d'un épisode dépressif, même si le trouble a une forte composante réactionnelle. La chose se dégage de l'observation de l'assurée. Elle est confirmée par les rapports médicaux du médecin traitant et du médecin psychiatre traitant.

L'hypothèse la plus probable est dès lors que Mme U._____ a présenté un premier épisode dépressif en 1998. Le tableau clinique a évolué avec ses hauts et ses bas, comme c'est le cas lorsque le trouble a une composante réactionnelle. Depuis quelques années, l'épisode dépressif semble avoir pris ses galons de chronicité. Il était de gravité moyenne au moment de la présente évaluation. Le médecin psychiatre traitant rapporte des épisodes sévères.

Pour tous ces motifs, le soussigné est d'avis qu'il faut écarter ici la dysthymie (trouble dysthymique), au vu de l'évolution constatée au dossier et des antécédents de l'assurée. La dysthymie n'a d'ailleurs pas été retenue par les autres psychiatres qui ont examiné l'assurée U._____.

Trouble de personnalité

[...]

Dans le cas présent, on n'a pas d'arguments pour admettre des dysfonctionnements tant psychiques que socioprofessionnels jusqu'à la fin des années 1990. L'expertisée rapporte une histoire sans histoires jusque-là. Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques personnels. Cette présentation clinique parle contre les

caractéristiques générales d'un trouble de personnalité et en tout cas, contre un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Il est vrai que l'assurée présente des traits de personnalité marqués voire dysfonctionnels. Ceux-ci se sont probablement intensifiés et rigidifiés dans le contexte existentiel actuel. Il y a la présentation théâtrale qui a fait évoquer des éléments histrioniques. Il y a un comportement de passivité et de résistance passive qui a fait relever des traits dits passifs agressifs. Il y a enfin la régression qui a fait noter la dépendance à l'entourage. Tous ces éléments peuvent être gardés à l'esprit en tant que facteurs de chronicité et de mauvais pronostic. Ils ne valent pourtant pas pour un trouble de personnalité en soi, si on se réfère aux définitions des ouvrages de référence.

Appréciation asséculoologique

[...]

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est faite d'un épisode dépressif moyen qui a pu varier en intensité. Il semble avoir été léger au départ. Il a pu être sévère à un moment ou à un autre de l'évolution. Cet épisode dépressif n'a pas les caractéristiques d'un trouble affectif évoluant per se. Il a une composante réactionnelle indéniable. Il est apparu après la douleur chronique. Ce trouble affectif paraît bel et bien associé au tableau clinique que définit le syndrome douloureux somatoforme persistant. Pour le soussigné, il n'est pas justifié d'en faire une entité à part qui devrait avoir valeur incapacitante en soi.

[...]

Dans le cas présent, le réseau social est manifestement altéré, d'après les informations données par l'assurée. Il reste pourtant des contacts sociaux, au moins à l'intérieur de la famille. L'assurée a la visite de ses enfants et de ses petits-enfants. Elle dit avoir des contacts téléphoniques hebdomadaires avec ses parents. Elle leur rend visite en Macédoine, la dernière fois au printemps 2009. Elle garde enfin des capacités relationnelles. Elles ont été constatées lors des deux consultations d'expertise. Pour le soussigné, on ne peut pas affirmer ici que Mme U._____ fasse la preuve d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme, on constate que l'assuré ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier et ce que rapporte l'expert N._____.

On peut admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assurée durent depuis des années. On peut aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisée bénéficiant des soins adéquats, compte tenu des ressources à disposition et du type de troubles qu'elle présente. La question de la compliance aux médications psychotropes n'est pas déterminante ici, sachant que le soussigné n'est pas persuadé que l'assurée réponde à un traitement médicamenteux, quel qu'il soit.

Certains douloureux chroniques ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité.

Dans le cas de Mme U._____, on peut partiellement admettre cette présentation figée et cristallisée. Elle est confirmée par les médecins traitants. Le soussigné a toutefois été surpris du changement observé entre deux consultations. Il n'est dès lors pas exclu que l'assurée conserve des ressources psychiques conséquentes et soit à même de les exploiter.

En considérant tous ces critères, le soussigné est convaincu qu'il n'y a pas les réquisits usuels pour admettre que ce tableau clinique ait la gravité exceptionnelle qui justifierait une incapacité de travail psychiatrique, selon les règles actuellement en vigueur.

Sur le plan psychiatrique, le traitement peut être considéré comme optimal, compte tenu du peu de choses qui peut être fait dans la situation de cette assurée.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens, sachant que Mme U._____ se perçoit comme totalement invalide et n'a aucune demande de réintégrer le monde ordinaire du travail".

En complément à l'expertise psychiatrique, une expertise rhumatologique judiciaire a été effectuée en mai 2010, par la Dresse N._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie à Vevey. Le 1^{er} juillet 2010, elle 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 par l'assurée et a indiqué que toutes les activités dans le secteur industriel semblables à celle exercée auprès de [...] et [...] étaient adaptées. Elle a notamment exposé ce qui suit s'agissant des troubles présentés par l'assurée:

"[...] L'examen clinique actuel montre une dame obèse, qui ne présente pas les stigmates de quelqu'un qui aurait été alité de longues années. Agée de 53 ans, elle présente des signes d'un syndrome trophostatique affectant fréquemment les dames à cet âge, avec une projection antérieure du cou (augmentation de la distance mur-occiput décrite dans le status clinique), une ptose des épaules, un affaissement du tronc (signe du sapin décrit dans le status) correspondant à une certaine sarcopénie liée à l'âge, à la période ménopausique.

L'obésité et ces éléments confirment une certaine sédentarité mais il persiste des callosités à la main dominante, aux plantes des pieds,

ce qui ne se voit pas généralement chez des patients chroniquement alités. Cette constatation avait déjà retenu l'attention du Dr D. _____ en janvier 1998, à plus d'un an d'apparition des troubles qui ne trouvait pas un examen clinique contributif. Elle ne présente pas non plus un déconditionnement musculaire avec une atrophie généralisée comme on le voit déjà après quelques semaines d'immobilisation. Nous avons également trouvé cet élément décrit dans le status réalisé par le rhumatologue du SMR réalisé il y a deux ans. Son teint reste normalement coloré, elle garde un aspect physique soigné.

L'examen somatique reste parasité par des phénomènes de discordance déjà observés par ses médecins antérieurement, déjà évoqués dans l'expertise de la PMU.

Le parasitage comprend des contre pulsions intéressant des groupes musculaires antagonistes, des mouvements vifs, amples, non ergonomiques pour l'appareil locomoteur, notamment pour la charnière lombo-sacrée. Ils contredisent totalement le descriptif de la vie quotidienne de l'expertisée et les limitations qu'elle décrit.

L'expertisée déclare n'avoir aucune force résiduelle dans les mains et ne pouvoir saisir le dynamomètre de Jamar alors que peu après elle a empoigné le bras de l'examinatrice pour l'empêcher de mobiliser ses hanches et tester leur rotation passive. Peu avant elle portait ses sacs personnels et son dossier radiologique, sans difficulté apparente.

Tout cela n'est guère consistant pour retenir une quelconque affection de l'appareil locomoteur au seuil incapacitant dans l'ancienne profession.

Il n'y a pas de signe d'appel pour une maladie de médecine interne.

Retenons la ronchopathie qui nous incite à proposer à son médecin traitant une étude de son sommeil pour écarter la présence d'un syndrome des apnées du sommeil, pathologie que Mme connaît bien puisque son mari en est atteint et qu'il est équipé d'un appareil de CPAP. On ne lui a jusqu'alors pas décrit d'apnée à elle-même.

Un syndrome d'apnées du sommeil se traite et ne justifie en principe pas d'arrêt de travail, les patients traités sont reconnus pour avoir un niveau de vigilance suffisant pour conduire leur véhicule et travailler. De rares cas échappent à ce descriptif. C'est au médecin traitant de juger de l'indication à poursuivre les investigations dans ce sens. Sans autre élément plus probant, nous n'avons pas jugé utile de demander ces examens dans le cadre de la présente expertise.

Nous avons en revanche vérifié le status radiologique du rachis, qui confirme les lésions décrites, sans évolution significative depuis les radiographies de 1998 et 2001 que nous avons à disposition. Mme n'a du reste pas de signe d'appel neurologique. Ses médecins n'ont pas non plus trouvé de tel signe et n'ont pas demandé d'examen neurologique au cours des dernières années non plus.

En conclusion, nous nous trouvons face à une expertisée qui allègue des doléances importantes la confinant à domicile, au repos quasiment complet, obligeant ses proches à l'aider dans ses activités quotidiennes, alors qu'en 14 ans d'observation, les examens médicaux objectifs n'ont pas fait leur preuve pour reconnaître actuellement les critères diagnostiques d'une affection particulière expliquant une si longue incapacité de travail. La spondylodiscarthrose est une affection fréquente à l'âge de l'expertisée. Sans signe irritatif ou déficitaire au plan neurologique, cette pathologie dégénérative peut rester totalement asymptomatique ou se manifester par des poussées douloureuses répondant aux traitements symptomatiques et ne justifiant pas des arrêts de travail partiels ou totaux de longue durée, selon l'expérience habituelle.

Dans le cadre d'un examen d'expertise, nous ne pouvons nous baser uniquement sur les allégations de Mme U._____ sans avoir à l'appui d'élément de confrontation radio-clinique. Nous devons, tout comme ses médecins traitants, admettre que Mme émet des éléments de distorsions au status, une diffusion des douleurs au-delà des sites habituels de la fibromyalgie, mais nous donne aussi des éléments rassurants qui nous font exclure une pathologie mécanique invalidante. Ses multiples phénomènes de discordance analysés dans leur totalité nous donnent l'éclaircissement que Mme a des ressources suffisantes pour mobiliser sans limitation son appareil locomoteur.

Nous nous écartons dès lors au plan strictement somatique de l'appréciation de la capacité de travail jugée nulle dans toute activité par ses médecins qui ont reconnu les plaintes subjectives comme invalidantes sans les confronter aux éléments objectifs. Nous sommes en accord avec eux en revanche sur les diagnostics.

Dès lors nous avons soumis à l'appréciation du Dr B._____ ces éléments de discordance qui ont été analysés sous l'angle des maladies psychiques, notamment du trouble somatoforme douloureux".

Dans un courrier du 3 août 2010, se référant aux expertises des Drs N._____ et B._____, selon lui probantes et corroborant les conclusions du SMR, l'OAI a confirmé ses conclusions.

Le 29 octobre 2010, la recourante a critiqué les expertises précitées, dès lors que les experts avaient notamment reconnu une aggravation de son état de santé sans attester d'incapacité de travail. Elle a réclamé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

En date du 16 novembre 2010, l'OAI s'en est remis à l'appréciation des experts, dont les conclusions ne sont pas

contradictoires, puis a fait valoir qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une nouvelle expertise.

Le 9 décembre 2010, la recourante a déposé trois rapports du centre d'imagerie de Morges, datés des 20 mai et 3 novembre 2010.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent (disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 8 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^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7

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. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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 et les autres références citées). 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. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, 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; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

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; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord 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 398 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou

progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

d) Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu

à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

3. Dans la décision attaquée, du 30 septembre 2008, l'intimé a refusé le droit à une rente d'invalidité, au motif que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié au point de changer son degré d'invalidité reconnu par décision antérieure.

a) Dans la décision sur opposition du 24 juin 2004, confirmée par jugement du Tribunal des assurances le 17 octobre 2005 puis par le Tribunal fédéral par arrêt du 22 mars 2007, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mars 1999 au 31 mars 2000, puis a supprimé cette prestation dès le 1^{er} avril 2000. Il s'agissait donc d'une rente limitée dans le temps, fondée sur les rapports médicaux suivants.

Dans un rapport du 31 mars 1999, la Dresse T._____ 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. Le 25 septembre 2001, elle a retenu que sa patiente se présentait toujours dans le même état, 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. Dans son expertise du 27 septembre 2002, le Dr K._____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié de degré léger, de personnalité à traits dépendants et de "difficultés professionnelles, licenciements"; il a retenu que l'assurée avait développé un état anxio-dépressif au début de 1998, que les signes discrets de la lignée dépressive constatés à l'examen clinique étaient insuffisants pour rentrer dans le cadre d'un état dépressif majeur voire même mineur et a fixé à 20% au maximum le taux d'incapacité de travail de l'assurée, précisant que l'incapacité pouvait être supérieure en 1997-1998 puis suivie d'une amélioration dès 2000. Les conclusions de cet expert ont été reprises par le médecin du SMR, le Dr Z._____.

Dans un rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2004, les Drs V._____ et S._____, de la PMU, ont posé 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. Le Tribunal des assurances (jugement du 17 octobre 2005) puis le Tribunal fédéral (arrêt du 22 mars 2007) ont en substance retenu que l'expertise du Dr K._____ avait valeur probante, que les conclusions de l'expertise de la PMU devaient être écartées et que la cause avait été suffisamment instruite, tant au plan somatique que psychique, la rente devant donc être supprimée dès le 1^{er} avril 2000.

Il faut donc examiner s'il y a eu, depuis cette décision d'octroi de rente limitée dans le temps, une modification des circonstances susceptible de modifier le droit à la rente, soit en l'occurrence une aggravation de l'état de santé comme s'en prévaut la recourante.

b) Dans un rapport du 20 juillet 2007, le Dr P. _____ a retenu 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. Le 10 décembre 2007, la Dresse G. _____, se référant à un séjour de trois semaines, a retenu la présence de syndrome douloureux chronique invalidant de l'appareil locomoteur d'origine multifactorielle; elle a évoqué des limitations physiques au même titre qu'une importante pathologie psychiatrique, le tout rendant la patiente inapte à toute activité professionnelle. Dans un rapport du 14 janvier 2008, 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 sévères, empêchant toute activité, même adaptée. Le 11 février 2008, 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 et retenu une incapacité de travail totale comme ouvrière et dans une autre activité.

Dans un rapport du 14 février 2008, le Dr A. _____ 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 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 asséculo-logique, 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^{er} 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^{er} 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'écartait 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 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 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^{er} 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^{er} 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 LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 septembre 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 U._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Damond, avocat à Lausanne (pour U._____)
- 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).

Le greffier :