

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 novembre 2018

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

**A.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8, 17 LPGA ; art. 4 et 29 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante de [...] née en [...], mère de trois enfants nés en [...], a obtenu un diplôme de sage-femme en 1981 dans son pays d'origine. Arrivée en Suisse en 1995, elle a travaillé en qualité d'infirmière en soins généraux auprès d'établissements médico-sociaux (EMS) d'octobre 1998 à mai 2000, puis d'août 2000 à juin 2004, son dernier employeur l'ayant licenciée en raison d'une incapacité de travail prévalant depuis la fin janvier 2004. Elle a ensuite connu des périodes de chômage, reprenant occasionnellement le travail.

**B.** L'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 29 juin 2006, au motif qu'elle souffrait de douleurs dorsales, de sacralgies et de hernie discale L4-L5.

Procédant à l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 27 septembre 2006, le médecin traitant a retenu les diagnostics incapacitants de hernie discale L4-L5 paramédiane gauche, récidivante depuis 1998, de coxalgie post accouchement de grossesse gémellaire depuis 2005, de difficultés socio-familiales (célibataire, réfugiée, avec trois enfants en bas âge), d'état dépressif avec épuisement, de syndrome de stress post-traumatique et de discarthrose étagée. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail de janvier à juillet 2004, du 18 mars au 14 avril 2005, puis d'avril à juin 2005 pour des motifs obstétriques. Il a indiqué que l'assurée pouvait encore exercer son activité habituelle pour autant que le port de charge soit raisonnable, précisant qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur le taux d'exigibilité.

L'OAI a mis en œuvre un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans un rapport du 17 janvier 2008

donnant suite à un examen clinique du 4 décembre 2007, les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches récidivantes sur trouble statique dégénératif (M 54.46) et de discopathie étagée avec protrusion discale de L3 à S1, en présence d'une modification de type Modic II en L5-S1. Ils ont estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle d'infirmière en EMS, mais que dans une activité adaptée, elle conservait une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, depuis juillet 2004. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont considéré que l'intéressée devait éviter le port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, et de 15 kg de manière occasionnelle, les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, les positions statiques assises au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assises-debout de préférence à sa guise, les positions statiques au-delà de 15 minutes ainsi que les déplacements à la marche excédant une heure. Au plan psychique, les Drs M.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont estimé que l'assurée avait une bonne constitution psychique, vive et intelligente. Elle présentait une souffrance incontestable, corrélée à des difficultés administratives, en raison d'une problématique de permis d'établissement, de l'impossibilité de voir les membres de sa famille si elle tenait à continuer à résider en Suisse et de difficultés liées aux contraintes de la reconnaissance de son diplôme en Suisse. Ces difficultés justifiaient pleinement sa souffrance et ses craintes face à l'avenir, les médecins précisant qu'il ne s'agissait pas là d'une atteinte psychiatrique à la santé, mais d'une souffrance bien compréhensible s'appuyant sur des faits réels. Ils en ont conclu que l'assurée ne présentait aucune maladie psychiatrique susceptible de porter atteinte à sa capacité de travail. Les Drs M.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont encore précisé que l'assurée avait repris une activité de vendeuse en alimentation depuis juillet 2007, que cette activité était difficile en raison des douleurs mais que l'intéressée parvenait à maintenir ses horaires.

Dès le 3 avril 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures d'ordre professionnel. Dans ce cadre, après plusieurs tentatives

infructueuses, elle a notamment bénéficié d'un reclassement professionnel en qualité d'infirmière préleveuse de septembre 2010 à août 2011. A la fin de la mesure, l'assurée a été considérée comme reclassée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et a été mise au bénéfice d'une aide au placement. Elle s'est alors inscrite au chômage, dont elle a perçu les indemnités.

Dans un rapport du 27 octobre 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_, neurologue, a indiqué que ses examens n'avaient mis en évidence ni syndrome lombo-vertébral ni syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Il estimait que la symptomatologie algique était essentiellement liée aux discopathies.

Par décision du 28 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Procédant à la comparaison du revenu que l'assurée aurait perçu sans atteinte à la santé en qualité d'infirmière en EMS à celui qu'elle était en mesure de réaliser, après reclassement, comme infirmière préleveuse, l'office a abouti à un degré d'invalidité de 23,86%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il a également nié le droit à des mesures professionnelles supplémentaires, plusieurs tentatives visant à permettre à l'assurée d'acquérir des qualifications supérieures ayant déjà échoué. Cette décision, frappée d'un recours de l'assurée qui l'a ensuite retiré, est entrée en force.

Le 12 août 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il mettait fin à la mesure d'aide au placement, au motif qu'il n'avait pas été possible de la réintégrer sur le marché du travail dans un délai convenable.

**C.** Le 22 novembre 2013, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, au motif qu'elle souffrait de hernie discale, de spondylarthrose, de sténose du canal rachidien ainsi que d'autres problèmes liés au dos. L'assurée a précisé que ces atteintes existaient depuis 2004, mais qu'elles avaient connu une aggravation depuis juin 2013. Elle a joint à sa demande des certificats établis par les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, et L.\_\_\_\_\_,

spécialiste en médecine interne générale, attestant une incapacité de travail de 100% du 23 juillet au 30 septembre 2013. Elle a également produit :

- un rapport d'IRM lombaire du 10 septembre 2013 retenant les atteintes suivantes :
  - spondylarthrose étagée avec réaction inflammatoire marquée des plateaux vertébraux de L3-L4 et de L4-L5,
  - sténose légère à modérée du canal dorsal de D10-D11 à D12-L1 par des protrusions discales étagées postéromédianes légèrement sténosantes associées à une arthrose interfacettaire modérée,
  - canal lombaire étroit de L1-L2 à L3-L4 secondairement rétréci en L1-L2 et L2-L3 par une légère arthrose interfacettaire,
  - sténose canalaire sévère en L3-L4 sur protrusion discale postéromédiane modérément sténosante associée à une arthrose interfacettaire sévère sur canal étroit,
  - sténose canalaire modérée à sévère et sténose foraminale gauche en L4-L5 sur protrusion discale postéromédiane modérément sténosante associée à une arthrose interfacettaire marquée, particulièrement sévère du côté gauche,
  - légère sténose canalaire en L5-S1 sur hernie discale postéromédiane luxée intérieurement, légèrement sténosante associée à une légère arthrose interfacettaire,
- un rapport du 23 décembre 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_ signalant une aggravation de l'état de santé de sa patiente sous la forme de lombalgies sévères avec des troubles statiques, des vertiges ainsi que des difficultés à la marche et attestant une incapacité de travail de 100% dans toutes les activités.

Sur avis du SMR du 10 mars 2014, l'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande et a requis des rapports médicaux des différents médecins traitants.

Dans un rapport du 26 mars 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants mis en évidence par l'IRM lombaire du 10

septembre 2013, ainsi que ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2) et de personnalité schizoïde (F60.1). Il a précisé que l'activité exercée n'était plus exigible, le rendement de sa patiente étant réduit en raison d'un épuisement psychophysique.

Egalement interpellé par l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, s'est prononcé dans un rapport du 20 avril 2014. Il a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique non spécifique. Il a également retenu des troubles dégénératifs lombaires, qu'il a estimés non-incapacitants, précisant que la sténose lombaire L3-L4 pourrait être symptomatique, mais ne l'était de toute évidence pas. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée ne présentait pas de claudication neurogène ni de symptomatologie radiculaire.

Le 8 août 2014, l'OAI est encore entré en possession d'un rapport adressé au Dr L.\_\_\_\_\_ par le Dr Z.\_\_\_\_\_, chef de service au Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur du S.\_\_\_\_\_ (ci-après : S.\_\_\_\_\_), retenant le diagnostic de lombalgie chronique sur troubles dégénératifs pluri-étagés. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a proposé d'adresser l'assurée au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste du dos dans le même service.

Dans un rapport du 23 septembre 2014 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique (F33.11), depuis 2005, et de spondylarthrose, rétrécissement du canal lombaire depuis 2004, estimant que ces pathologies portaient atteinte à la capacité de travail de sa patiente. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il suivait l'assurée depuis le 18 septembre 2013 et a attesté une totale incapacité de travail depuis cette date. Il a précisé que la capacité de travail de sa patiente était restreinte par des douleurs intenses au dos dans la région lombaire et sacrée avec irradiation dans les jambes, des troubles du sommeil, un abaissement du moral, des bouffées d'angoisse, des troubles de la concentration, une hypersensibilité aux bruits/cris, et

des ruminations dépressives concernant l'incertitude de son avenir. Au travail, ces restrictions physiques s'exprimaient par une impossibilité à rester debout ou assise longtemps sans douleurs. Le psychiatre a émis un pronostic réservé, entièrement dépendant de l'évolution future de la maladie somatique.

Dans un avis du SMR du 12 novembre 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé que malgré les nouveaux éléments radiologiques de septembre 2013, il n'existait pas d'évidence d'une aggravation objective de l'état de santé ayant une répercussion durable sur la capacité de travail en comparaison avec la situation décrite lors de la première demande. Dès lors, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles arrêtées par le SMR en décembre 2007 (à savoir pas de port de charges supérieures à 10kg de façon répétitive et occasionnelle dépassant les 15 kg, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position statique au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assises-debout de préférence à sa guise, pas de position statique debout au-delà de 15 minutes, périmètre de marche diminué à une heure), la capacité de travail de l'assurée restait inchangée.

Par un projet de décision du 23 mars 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser l'octroi de prestations ensuite de sa demande du 22 novembre 2013. Il a expliqué que les investigations médicales entreprises avaient permis d'établir que sa capacité de travail était toujours entière dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir toute activité permettant d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive et 15 kg de manière occasionnelle, les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, les positions statiques au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assises-debout de préférence à sa guise, les positions statiques debout au-delà de 15 minutes ainsi que les déplacements à la marche excédant une heure. L'OAI précisait que des activités dans l'industrie légère satisfaisaient à ces exigences et estimait que, compte tenu de ces différents éléments, les conclusions de sa précédente décision restaient pleinement valables.

L'assurée a fait part de ses objections au projet précité par écriture du 19 avril 2015, alléguant que si elle se sentait mal psychologiquement, c'était en raison de ses douleurs constantes, qui prévalaient depuis des années et qui parfois l'empêchaient même de s'occuper de son ménage. En réponse à un courrier du 23 avril 2015 de l'OAI lui demandant de produire un rapport médical étayant ses dires, elle a indiqué que ses médecins préconisaient la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 23 juin 2015, l'OAI a confirmé son refus de prestations, en reprenant les motifs invoqués dans son projet du 23 mars 2015.

**D.** Par acte du 5 août 2015, Q.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 23 juin 2015, dont elle a en substance conclu à la réforme, en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu. A l'appui de sa contestation, la recourante soutient que depuis la dernière décision de refus de prestations de l'OAI, son état de santé a connu une aggravation, tant au plan physique que psychique, qui l'empêche d'exercer quelque activité professionnelle que ce soit. Elle fait en substance grief à l'intimée d'avoir procédé à une appréciation erronée des éléments médicaux au dossier, notamment en admettant que les examens radiologiques de novembre 2013 ont mis en exergue de nouveaux éléments mais en considérant qu'il n'existe pas d'évidence d'une aggravation objective de son état de santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Au titre de mesures d'instruction complémentaires, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 18 août 2015, le juge instructeur a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire sous forme d'une exonération d'avances des frais judiciaires.

Dans une réponse du 20 octobre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il estime que l'instruction au plan médical n'a pas permis de mettre en évidence une aggravation objective de l'état de santé de l'assurée susceptible d'induire une diminution durable de la capacité de travail plus importante que celle reconnue à l'issue de l'examen de la première demande. Les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée étant restées inchangées depuis la précédente décision, l'exigibilité restait entière dans un emploi adapté tel que celui d'infirmière préleveuse ou d'infirmière de santé scolaire, activités impliquant un taux d'invalidité limité à 23,86%.

Par réplique du 15 février 2015, la recourante a maintenu ses conclusions, tout en relevant que le fait que l'aide au placement accordée par l'OAI en 2013 ait pris fin pour raisons médicales démontre une aggravation de son état de santé.

En duplique, l'intimé a maintenu à son tour ses conclusions, tout en précisant que malgré les périodes d'incapacité de travail intervenues durant le placement, l'exigibilité médicale était restée inchangée sur la durée.

**E.** Le 12 mai 2016, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, confiée à l'Unité d'expertise médicale du S.\_\_\_\_\_. Aux fins de l'expertise, l'assurée a été examinée les 20 septembre, 4 octobre, 5 octobre et 13 octobre 2016, respectivement par les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

L'Unité d'expertise médicale a fait part de ses conclusions dans un rapport du 29 novembre 2016, incluant des consilium psychiatrique, rhumatologique et neurologique, signé par les Drs V.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et [...], spécialiste en médecine interne générale, retenant les diagnostics

sans influence essentielle sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), traits de personnalité histrionique et émotionnellement labile (Z73.1) et de surpoids. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité d'infirmière de prélèvements était entière, cette activité étant adaptée à son état de santé. Les experts ont émis un pronostic favorable du point de vue strictement médical. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont estimé que l'assurée devait éviter le port de charges excédant 10 kg, les travaux lourds ainsi que l'exposition aux vibrations corporelles. Au titre de l'appréciation du cas, les experts ont posé les constats suivants :

« (...)

Sur le plan de la médecine interne en raison de la constatation d'un livedo, d'un antécédent possible de thrombophlébite du membre inférieur et d'une possible photosensibilité, nous avons recherché la présence d'anticorps antinucléaires qui sont positifs à 1/320 sans spécificité. Il n'y a pas d'anticorps antiphospholipides. Le taux des anticorps antinucléaires est non significatif. Il n'y a donc pas d'argument pour une connectivité qui aurait pu expliquer les lésions cutanées et l'antécédent de thrombose. Le livedo est donc considéré comme physiologique.

Du point de vue rhumatologique, Madame Q.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs sacrées irradiant dans toute la colonne vertébrale. L'examen clinique est pauvre montrant une limitation douloureuse modérée du rachis sans raideur ni amyotrophie. Il n'y a pas de syndrome radiculaire. Les articulations périphériques sont non inflammatoires et leur mobilité entière. L'étude des documents radiologiques à disposition montre un pincement L5-S1 avec possible anomalie transitionnelle. La dernière IRM lombaire de 2013 décrit des troubles dégénératifs avec des rétrécissements canaux qui ne peuvent expliquer l'intensité et la persistance du syndrome douloureux rapporté par l'expertisée.

En raison de la pathologie vertébrale dégénérative, nous retenons les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, pas d'exposition à des vibrations corporelles. L'activité d'infirmière de prélèvements respecte ces limitations fonctionnelles. Dans cette activité comme dans toute activité adaptée, la capacité de travail de Madame Q.\_\_\_\_\_ est estimée entière.

Du point de vue neurologique, les plaintes actuelles de l'expertisée se résument à des dorsolombalgies sans irradiation. L'examen clinique montre de discrets troubles statiques vertébraux sans syndrome lombovertébral. Il n'y a pas de signe d'irritation ni de déficit radiculaire aux membres inférieurs. L'ENMG, effectué dans des conditions de collaboration insuffisantes, ne révèle pas de signe d'atteinte neurogène périphérique significatif. La relecture de la documentation radiologique nous fait retenir l'existence, sur les IRM lombaires depuis 2008, de troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés L3-S1 avec des altérations dégénératives de type MODIC et des protrusions discales pluri-étagées à l'origine d'un rétrécissement du canal rachidien mais sans strangulation majeure

des structures nerveuses à la myélographie. Les troubles dégénératifs visualisés peuvent expliquer les plaintes de Madame Q. \_\_\_\_\_ mais seulement en partie.

En l'absence de symptôme clinique et d'image de compression neurologique, les troubles dégénératifs discovertébraux ne sont pas considérés comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'expertisée.

Sur le plan psychiatrique, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant devant les plaintes douloureuses intenses et persistantes, sans cause organique retrouvée qui puisse expliquer de manière prépondérante la symptomatologie. En effet le syndrome douloureux, survenant chez une expertisée au parcours de vie difficile, s'accompagne d'un sentiment de détresse, justifie des sollicitations répétées du monde médical et entraîne un mode de vie régressif.

Nous retenons également le diagnostic de traits de personnalité émotionnellement labiles en raison de la constatation d'une labilité de l'humeur et des caractéristiques d'ambivalence affective avec également des traits de personnalité histrioniques se manifestant par une tendance à la dramatisation émotionnelle et à la séduction dans la relation avec autrui. Ces traits n'ont cependant pas valeur de maladie.

Nous n'avons en revanche aucun argument pour un trouble de la personnalité schizoïde comme annoncé par le médecin traitant.

Concernant le trouble dépressif également mentionné par les médecins traitants, lors de notre examen nous retrouvons un score sur l'échelle MADRS à 9/60 qui est nettement au-dessous du seuil de dépression. L'anamnèse relève des symptômes qui auraient pu être plus sévères mais leur situation dans le temps fluctue au cours de l'entretien donnant des conclusions contradictoires. De ce fait, nous ne pouvons affirmer que l'humeur ait été plus mauvaise que celle que nous observons lors de notre examen.

Le diagnostic de stress post-traumatique a aussi été avancé par le médecin traitant. Madame Q. \_\_\_\_\_ n'a pas vécu d'événement traumatisant au cours de la guerre dans son pays. En revanche, elle évoque un abus sexuel lors d'une relation sentimentale, mais elle ne décrit pas de cauchemar, de conduite d'évitement, et nous n'observons pas de méfiance ni d'hypervigilance. Nous écartons donc ce diagnostic.

En ce qui concerne l'évaluation des indicateurs de gravité du trouble somatoforme, nous notons que l'expertisée a participé à la prise en charge spécialisée qui lui a été proposée, avec une adhérence au traitement comme nos prélèvements sanguins le montrent. Elle a également participé de manière satisfaisante à son reclassement même si son hypersensibilité au jugement découlant de sa personnalité n'a pas toujours facilité son intégration. Madame Q. \_\_\_\_\_ a des capacités adaptatives qui se sont montrées suffisantes par le passé. Les limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne sont plus modérées que celles exprimées, permettant le maintien d'un réseau social et familial satisfaisant et des activités de loisirs comme les vacances au Kosovo (cf. consilium psychiatrique pour plus de détails).

Si l'on évalue ces limitations fonctionnelles à l'aide du mini-CIF-TAPP, seules une diminution de la capacité d'endurance et des activités spontanées peuvent être retenues en lien avec le trouble somatoforme (cf. consilium psychiatrique pour l'analyse détaillée). Madame Q. \_\_\_\_\_ n'a donc pas de pathologie psychiatrique limitant l'accès à ses ressources ou les diminuant fortement. Au final du point de vue psychiatrique, nous considérons que l'expertisée a une pleine capacité de travail.

En conclusion et après discussion collégiale, la capacité de travail de l'expertisée est estimée entière dans l'activité habituelle d'infirmière de prélèvements. »

Invitée à faire part de ses déterminations au rapport d'expertise, l'assurée s'est exprimée par courrier du 31 janvier 2017, en maintenant les conclusions de son recours. Elle fait grief aux experts d'avoir dénié tout effet invalidant aux troubles dégénératifs au seul motif de l'absence de symptômes cliniques et de compression neurologique, alors même qu'ils ont reconnu l'état dégénératif de son rachis et l'authenticité de ses plaintes. A son sens, le rapport d'expertise démontre que sa colonne vertébrale « est fichue ». Elle ajoute ensuite encore des considérations générales sur les discopathies.

Se déterminant à son tour par écriture du 8 février 2017, l'intimé a reconnu au rapport d'expertise pleine valeur probante et a maintenu ses conclusions dans le sens d'un rejet du recours.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 22 novembre 2013. L'assurée ayant déjà déposé une première demande de prestations en 2006, qui a été rejetée, le présent litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 28 septembre 2011 et la décision ici entreprise.

**3.** **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure

de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en 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'AI, 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 (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**c)** Dans un arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, à savoir les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et a introduit un nouveau schéma d'évaluation en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4 ss ; cf. consid. 3c/bb infra). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**4.** Lorsqu'une rente a été précédemment refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré.

Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA qui traite de la révision de la rente, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et

ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**5.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6.** En l'occurrence, après être entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, l'office intimé a estimé que la modification de l'état de santé invoquée par l'intéressée n'était pas susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, ses limitations fonctionnelles restant inchangées et ne l'empêchant toujours pas de travailler en plein dans une activité adaptée.

La recourante conteste ce refus de prestations, alléguant que son état de santé s'est détérioré aux plans physique et psychique depuis la décision du 28 septembre 2011 et qu'il ne lui est de ce fait plus possible d'exercer une quelconque activité lucrative.

Se considérant insuffisamment renseigné sur l'état de santé de l'assurée et les effets de celui-ci sur sa capacité de travail, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

**a)** Dans le cadre de cette expertise, l'assurée s'est soumise à des examens cliniques de médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et neurologie. A l'issue de ces investigations, les experts ont retenu qu'elle souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de traits de personnalité histrionique et émotionnellement labile (Z73.1) et d'obésité, mais que ces troubles ne portaient nullement atteinte à sa capacité de travail dans l'activité d'infirmière de prélèvements, de même que dans toute autre activité adaptée. Au titre des limitations fonctionnelles, les experts ont estimé que l'intéressée devait éviter le port de charges excédant 10 kg, les travaux lourds ainsi que l'exposition à des vibrations corporelles.

Plus spécifiquement, à l'issue de la consultation de psychiatrie, le Dr D. \_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée se plaignait avant tout, de façon spontanée, de ses douleurs, de manière intense et persistante, en présence d'un sentiment de détresse rencontré dans le cadre des syndromes douloureux somatoformes persistants. Ce diagnostic psychiatrique était pertinent aux yeux de l'expert psychiatre, compte tenu du parcours assez difficile de l'assurée. Sa vie avait en effet été parsemée de facteurs de stress mal surmontés, constituant des conflits susceptibles de déboucher sur des symptômes de somatisation. L'expert avait également observé une assurée envahie par ses douleurs et qui sollicitait de façon importante le dispositif médical, avec une recherche inconsciente d'attention et de réparation, comportement propre aux troubles somatoformes. L'assurée vivait des services sociaux et, même si elle restait active dans une certaine mesure, l'évolution allait dans le sens d'une régression associée aux troubles somatoformes. L'expert a au demeurant expressément exclu d'autres diagnostics retenus par les différents médecins traitants de l'assurée, expliquant de manière motivée les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas se rallier à l'avis de ses confrères. Ainsi, s'agissant du trouble dépressif récurrent avec épisode moyen ou sévère, tel que mis en exergue respectivement par les Drs L. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ a relevé que le discours de l'assurée avait été contradictoire durant l'expertise, avec de nombreuses incohérences cliniques, affichant à tout moment un visage enjoué, sans

ralentissement psychomoteur et avec des capacités cognitives préservées. Un test selon l'échelle psychométrique de dépression MADRS avait abouti à un score de 9/60, nettement en dessous du seuil admis de la dépression légère. Les fluctuations légères de l'humeur constatées lors de l'entretien étaient habituellement associées au vécu chronique de la douleur, qu'elle soit somatique ou associée à une affection psychosomatique (trouble somatoforme). L'expert constatait que l'évolution chronologique de la symptomatologie dépressive ne pouvait être constituée de façon valide, l'expertisée adoptant lors de l'entretien des propos contradictoires au sujet de la gravité de la dépression. Au vu de ces éléments, le Dr D. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'il ne pouvait valablement retenir que, par le passé, la symptomatologie dépressive ait été plus décompensée qu'au moment de l'expertise. L'expert a également réfuté le diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde posé par le Dr L. \_\_\_\_\_ (dont on relèvera ici qu'il n'est pas spécialiste en psychiatrie), l'assurée n'étant pas froide dans le contact et incapable d'exprimer des sentiments chaleureux ou d'autres types de sentiments comme la tristesse ou la colère. L'expert s'était au contraire trouvé face à une femme hypersensible, vivant mal le jugement et la critique, comme cela avait été décrit lors de certaines tentatives d'insertion professionnelle. Ces caractéristiques de personnalité excluaient selon l'expert le diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde, qui implique habituellement une insensibilité au jugement émis à leur sujet. L'assurée ne présentait pas non plus une fuite constante dans l'introspection et des activités imaginaires caractéristiques à ce diagnostic ; au contraire, elle était une femme légèrement familière, s'impliquant fortement dans la relation, avec des caractéristiques d'ambivalence affective et émotionnellement labile, ainsi qu'une composante de dramatisation émotionnelle et une touche de séduction dans la relation, qui signaient des traits de personnalité histrionique. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a expliqué à cet égard qu'il s'agissait de traits de personnalité pathologiques, et non pas d'un trouble de la personnalité ayant valeur de maladie selon la classification CIM 10. Même si l'assurée décrivait de l'anxiété durant son enfance, elle avait ensuite évolué avec d'excellentes relations interpersonnelles et familiales dès l'adolescence. Dans la plupart des postes de travail qu'elle avait occupés, elle avait fait

preuve de bonnes capacités d'intégration. Malgré son hypersensibilité, elle n'était pas entrée en conflit de façon récurrente ; elle n'avait jamais quitté de façon impulsive ses emplois, ni provoqué d'intenses conflits sur son lieu de travail suivis de licenciements. On ne trouvait donc pas tous les critères des troubles de la personnalité, à savoir l'instabilité dans de nombreux domaines du fonctionnement, générant une souffrance psychique et des difficultés socioprofessionnelles. L'expert précisait cependant que ces traits de personnalité pouvaient toutefois colorer le vécu et le comportement de l'assurée lors de démarches professionnelles, dans le sens d'une labilité des émotions et d'une hypersensibilité au jugement. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a enfin écarté l'hypothèse d'un état de stress post-traumatique, notamment au motif qu'on ne retrouvait nullement chez l'intéressée la présentation clinique fermée, méfiante et hypervigilante des personnes atteintes d'un tel trouble, pas plus qu'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'assurée avait certes vécu dans un climat difficile dans son pays d'origine (crainte des forces de l'ordre, licenciement pour des motifs politiques), mais avait précisé qu'elle n'avait jamais été confrontée directement au conflit armé ni à des actes de torture. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a ensuite examiné la question du caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme. Il a procédé à une appréciation systématique selon les critères d'évaluation fixés par la jurisprudence fédérale (cf. ATF 141 V 281), détaillée aux pages 17 à 19 de son consilium. Procédant notamment à l'évaluation de l'équilibre entre les ressources et les limitations fonctionnelles, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu que même si l'expertisée décrivait une vie qui s'organisait autour de ses douleurs, elle avait démontré dans sa vie professionnelle des capacités à tenir compte de règles et routines professionnelles. Sa capacité à planifier et structurer les tâches était conservée, car elle ne démontrait aucun signe tangible de troubles cognitifs secondaires à la dépression. La flexibilité et les capacités d'adaptation étaient également présentes, chez une expertisée qui avait réussi à acquérir des compétences professionnelles et à s'adapter en Suisse. Elle maîtrisait suffisamment la langue française et était capable d'établir des relations équilibrées, malgré certains traits pathologiques de personnalité. L'expertisée disposait donc de compétences spécifiques,

ainsi que de capacités de jugement et de prise de décision (en l'absence de troubles cognitifs secondaires à la dépression). Sa capacité d'endurance était avant tout diminuée par l'intensité ressentie des douleurs. Il n'y avait pas de pathologie dépressive qui diminuait l'endurance, de même que les capacités d'affirmation. L'expertisée disposait de ressources relationnelles pour interagir avec autrui et s'intégrer dans un groupe. Les relations proches étaient conservées, sans être caractérisées par le conflit ou la maltraitance. Les activités spontanées seraient par contre diminuées, ce qui découlait de comportements régressifs secondaires au syndrome douloureux. L'hygiène et les soins corporels, de même que les capacités de déplacement ne posaient pas spécifiquement problème. Fort de ces constatations, l'expert psychiatre a abouti à la conclusion que l'intensité subjective du syndrome douloureux somatoforme persistant était en décalage par rapports aux ressources résiduelles et que cette pathologie était ainsi insuffisante pour générer une baisse de la capacité de travail.

Au plan rhumatologique, le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de lombo-pseudosciatalgies chroniques, non spécifiques, précisant qu'il n'y avait pas, au moment de l'examen, d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, infectieuse, métabolique toxique ni fracturaire. Le rhumatologue a relevé que l'imagerie radiologique mettait en évidence des discopathies non spécifiques et des troubles dégénératifs « banaux », qui ne permettaient pas d'expliquer l'intensité ni la persistance des douleurs. Les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'expertisée contrastaient avec l'absence de raideur importante à l'examen clinique de la colonne cervico-dorsolombaire, et surtout l'absence d'amyotrophie. Le Dr B. \_\_\_\_\_ ne pouvait expliquer, sur le plan somatique, le contraste entre les plaintes majeures de l'assurée et l'examen clinique relativement pauvre, hormis les douleurs. Si l'expert ne mettait pas en doute l'authenticité des plaintes de l'assurée, il estimait que ces douleurs, subjectives et non mesurables, ne pouvaient pas être rattachées à une maladie ostéo-articulaire ou à une lésion anatomique structurelle, mais plutôt à des facteurs psychosociaux. On relèvera à cet égard qu'en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socio-culturels,

qui peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée). En définitive, d'un point de vue rhumatologique, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé qu'on pouvait tout au plus reconnaître des limitations fonctionnelles pour les activités physiquement lourdes ou celles impliquant une exposition à des vibrations corporelles. De ce fait, l'activité d'infirmière de prélèvements, de même que celle d'infirmière en soins généraux ou en soins à domicile, pour autant qu'elles n'impliquent pas de s'occuper de patients grabataires ou de porter des patients, étaient selon le rhumatologue pleinement exigibles.

Au niveau neurologique, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen clinique auquel il avait procédé n'avait révélé que de discrets troubles statiques vertébraux mais pas de franc syndrome lombovertébral. La flexion latérale et antérieure lombaire était un peu sensible localement mais sans provocation de douleurs et encore harmonieuse. Les différentes épreuves de marche étaient correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes, des membres supérieurs et du tronc était entièrement normal. L'examen des membres inférieurs n'avait pas révélé de signes d'irritation/déficit radiculaire, en présence d'une bonne préservation de la trophicité musculaire et de la force brute, des réflexes tendineux et de la sensibilité. L'examen par EMG effectué le jour de l'expertise n'avait pas révélé de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés et dépendant des myotomes L3-S1 au niveau des deux membres inférieurs ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire. Au vu de ces éléments, le Dr J.\_\_\_\_\_ a conclu à une absence d'incapacité de travail significative au plan neurologique.

**b)** Force est de constater à ce stade que le rapport d'expertise du 29 novembre 2016 remplit les réquisits fixés par la jurisprudence fédérale en matière de valeur probante des rapports médicaux. 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 de spécialiste à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). 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 citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). En l'occurrence, les experts ont chacun pratiqué un examen clinique de la requérante. Ils ont procédé à des investigations fouillées de l'état de santé de l'intéressée, en prenant en considération l'ensemble des éléments figurant au dossier. Ils ont justifié l'ensemble des diagnostics somatiques, respectivement psychiques, après avoir effectué des investigations complémentaires (EMG, examens médicaux et tests psychologiques), motivant de manière circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquels ils se distançaient des appréciations des médecins traitants, lorsque c'était le cas. Les experts se sont au demeurant prononcés en pleine connaissance de l'anamnèse et ont pris en compte les plaintes de l'assurée, avant de poser des conclusions claires et motivées, exemptes de contradictions, lesquelles ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire.

Il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions des experts. En particulier, les médecins traitants n'ont pas fait état d'éléments objectivement vérifiables

qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). Le rapport d'expertise peut donc se voir reconnaître pleine valeur probante.

**c)** C'est en outre en vain que la recourante soutient que l'aggravation de son état de santé est claire et objective, au motif que l'IRM du 11 septembre 2013 met en évidence des discopathies au niveau de segments du rachis qui n'étaient pas touchés au moment de la première décision de refus de prestation ainsi que de nouvelles atteintes, telles que spondylarthrose, réactions inflammatoires marquées des plateaux vertébraux, sténose légère à modérée du canal dorsal, protrusions discales étagées et arthrose interfaccettaire marquées. En effet, il ne suffit pas qu'un assuré présente de nouvelles atteintes, qui remplissent les critères de nouveaux diagnostics, pour qu'existe de ce simple fait un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Encore faut-il pour cela que ces nouvelles pathologies se traduisent par une diminution durable et substantielle de la capacité de gain de l'intéressé et modifie ainsi son taux d'invalidité de manière à influencer sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Or, comme démontré à satisfaction, ce n'est pas le cas en l'espèce, l'assurée étant toujours en mesure de mettre à profit une pleine capacité de travail malgré les nouvelles atteintes mises en évidence au niveau de son rachis, notamment dans l'activité d'infirmière de prélèvements ou toute autre activité respectant ses limitations fonctionnelles.

La recourante ne convainc pas non plus lorsqu'elle allègue que l'aggravation de son état de santé psychique est rendue vraisemblable par le fait que son psychiatre traitant a rédigé lui-même la nouvelle demande de prestations. Outre le fait que l'expertise judiciaire a permis d'établir de manière convaincante que l'état de santé de l'assurée au plan psychiatrique n'induisait aucune limitation de la capacité de travail, on remarquera que la demande de prestations du 22 novembre 2013 n'invoque que des atteintes à la santé somatiques (hernie discale, spondylarthrose, sténose et canal rachidien étroit).

C'est également à tort que la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir redéfini les activités qui seraient adaptées à l'aune de l'aggravation de son état de santé. En effet, comme développé supra, l'état de santé de l'assurée n'a pas connu d'aggravation durable et substantielle susceptible de modifier son droit aux prestations de l'assurance, de sorte qu'il n'existe pas de motif de révision de son droit au sens de l'art. 17 LPG. Les limitations fonctionnelles retenues ne sont pas plus importantes que celles reconnues lors du précédent refus. Au contraire, les experts ont même émis des restrictions légèrement moins importantes que le SMR, estimant que l'assurée devait seulement éviter le port de charges excédant 10 kg, les travaux lourds et ceux l'exposant à des vibrations corporelles.

En outre, contrairement à ce que soutient la recourante en réplique, le fait que l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement le 12 août 2013 ne lui est d'aucun secours. On remarquera à cet égard que dans son courrier du 12 août 2013, l'intimé a indiqué mettre fin à la mesure au motif qu'il n'avait pas été possible de réintégrer l'intéressée sur le marché du travail dans un délai raisonnable. Cette issue, après deux ans d'une telle mesure, est habituelle et non critiquable. En outre, à ce moment-là, l'assurée ne présentait une incapacité de travail que depuis environ trois semaines, ce qui n'était pas rédhibitoire en soi. A la lecture du rapport final du 12 août 2013, on remarque plutôt que l'assurée a indiqué que son incapacité de travail allait se prolonger et qu'elle renonçait provisoirement à l'aide au placement. En tout état de cause, l'interruption de la mesure d'aide au placement ne permet pas de remettre valablement en cause le maintien de l'exigibilité à hauteur d'une activité adaptée à 100%, telle que retenue par l'expertise judiciaire.

La même conclusion s'impose s'agissant des déterminations de la recourante du 31 janvier 2017, qui n'apportent aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause le bien-fondé des constatations des experts.

**d)** En définitive, la Cour de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions des experts. Il sied dès lors de constater que l'instruction du dossier ne permet pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de l'assurée a subi une aggravation durable et substantielle entre le 28 septembre 2011 et le 23 juin 2015, de nature à influencer son invalidité dans une mesure déterminante quant aux droits aux prestations. Il n'existe ainsi en l'espèce aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de sa nouvelle demande du 22 novembre 2013.

**7. a)** En conclusion, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement

(art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée par un mandataire professionnel, 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  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 23 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** Q.\_\_\_\_\_, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Q. \_\_\_\_\_,
- 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 :