

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 406 vom 13. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__406

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 406 du 13 juin 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 406 del 13 giugno 2022

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, ASSISTANCE JUDICIAIRE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.06.2022 Arrêt / 2022 / 406

REJET DE LA DEMANDE, ASSISTANCE JUDICIAIRE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 205/21 - 186/2022 ZD21.022236 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 13 juin 2022 _____ Composition :

Mme Dessaux , présidente
Mme Berberat, juge et M. Küng, assesseur Greffier : M. Addor ***** Cause

pendante entre : Q. _____ , à E. _____ , recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17

LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI E n f a i t : A. a) Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, ressortissante de Bosnie et Herzégovine, a travaillé du 1 er janvier 2002 au 30 avril 2007 en qualité d'ouvrière de production (garnissage et conditionnement de pizzas) pour le compte de D. _____ SA. Souffrant principalement d'atteintes rachidiennes, Q. _____ a déposé, en date du 8 mars 2007, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Entre autres mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) réalisé le 26 octobre 2007 par le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du 2 novembre 2007, il a posé le diagnostic – avec répercussion sur la capacité de travail – de rachialgies avec surtout des lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1 droite, tandis que, sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une fibromyalgie, une hypertension artérielle, une discrète coxarthrose gauche débutante ainsi qu'une obésité. Si la capacité de travail était nulle dans la profession d'ouvrière dans le secteur alimentaire chez D. _____ SA, elle était en revanche entière depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes :
« rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 5 kg, pas de port

régulier de charges excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. » Le 12 février 2008, le Dr L. _____, médecin auprès du SMR, a déclaré qu'il n'y avait pas de raison médicale de s'écarter des conclusions du Dr R. _____. En l'absence de décision, l'assurée a déposé, le 27 avril 2009, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant, outre diverses atteintes somatiques, des problèmes psychologiques. S'agissant de ces derniers, le Dr L. _____ a relevé que la psychiatre traitante (rapport du 4 septembre 2009 de la Dre P. _____) avait retenu un épisode dépressif léger et, sans effet sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant. En outre, elle se référait au médecin traitant en ce qui concernait l'évaluation de l'incapacité de travail, tout en admettant une exigibilité de 50 à 70 % dans une activité adaptée, sans changement par rapport à 2008 (cf. rapport du 12 janvier 2008). Le contenu des rapports médicaux recueillis n'ayant pas mis en évidence de changement depuis 2008, le Dr L. _____ a estimé qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa position (avis médical du 17 septembre 2009). En dépit des objections formulées par l'assurée à l'encontre du projet de décision de l'office AI du 28 septembre 2009 de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, le Dr L. _____ a relevé que les atteintes évoquées dans les rapports produits en procédure d'audition (fibromyalgie, hernie discale, épisode dépressif léger et syndrome douloureux somatoforme) étaient connues et sans changement par rapport aux examens effectués en 2007. D'après lui, le trouble dépressif léger ne pouvait pas être dissocié du syndrome douloureux somatoforme et ne saurait justifier une incapacité de travail en soi. Il a en conséquence maintenu sa position (avis médical du 17 février 2010). Par décision du 31 mai 2010, l'office AI a entériné le refus d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité au motif qu'elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Procédant au calcul du degré d'invalidité, il a retenu un revenu sans invalidité de 42'266 fr. alors que le revenu d'invalidité fondé sur les statistiques salariales était de 45'973 fr. 90 compte tenu d'un abattement de 10 % au titre des limitations fonctionnelles. En l'absence de préjudice économique, le droit à des prestations n'était pas ouvert. Dans sa lettre d'accompagnement datée du même jour, l'office AI a expliqué qu'il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'examen clinique rhumatologique effectué au SMR en 2007 (rapport du 2 novembre 2007). Sur le plan psychiatrique, il a relevé que les différents médecins consultés rangeaient le trouble somatoforme douloureux (ou la fibromyalgie) parmi les diagnostics sans influence sur la capacité de travail. Quant aux autres diagnostics retenus (trouble de l'adaptation, épisode dépressif léger), ils ne justifiaient pas d'incapacité de travail de longue durée. b) Souffrant de douleurs lombaires, aux talons, aux coudes et aux jambes malgré une opération des varices ainsi que de maux de tête et de dépression, Q. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité datée du 24 juin 2019. Elle y indiquait qu'en août 2011, elle avait repris une activité d'aide de cuisine à plein temps auprès du restaurateur de I. _____. Le 20 novembre 2019, la Dre J. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant, a transmis à l'office AI un rapport établi le 18 novembre 2019 par les Drs G. _____, Z. _____ et C. _____, respectivement médecin-chef, chef de clinique et médecin assistant auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital B. _____, lequel faisait suite à un séjour de l'assurée du 21 octobre au 8 novembre 2019, date de son retour à son domicile, au sein de ce même département, pour une prise en charge rééducative interdisciplinaire dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique. A l'entrée, l'assurée se plaignait de douleurs lombaires irradiant au niveau des membres inférieurs parfois jusqu'au talon à

gauche, de douleurs au niveau plantaire des deux côtés et d'une épicondylite bilatérale. Les auteurs de ce rapport ont relevé que l'évolution était moyennement favorable car, subjectivement, l'assurée ne voyait pas une grande amélioration même si les médecins ont constaté une diminution très légère globale des douleurs aux mouvements actifs, une diminution de la raideur matinale et une très légère augmentation de l'endurance musculaire. Ils ont souligné que les facteurs psycho-sociaux constituaient la principale barrière à l'amélioration des douleurs, raison pour laquelle ils préconisaient la poursuite du suivi psychologique. Dans un rapport du 14 janvier 2020, le Dr S._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de douleurs des membres inférieurs, d'insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs, d'excès pondéral, de lombalgies chroniques, d'arthrose avec douleurs matinales aux deux mains, d'hypertension artérielle, de status post cure de varices bilatérales en 2016, de status post ablation de la matrice et de status post cholécystectomie. Au terme de son examen, le status neurologique ne parlait ni en faveur d'une atteinte du système nerveux central ni du système nerveux périphérique. Même si l'ensemble du tableau clinique pouvait évoquer une atteinte inflammatoire du tissu conjonctif, les divers bilans rhumatologiques et de médecine de rééducation n'avaient pas permis de confirmer un tel diagnostic. Il n'y avait par ailleurs pas d'indice en faveur d'un syndrome des jambes sans repos. Dans le cadre de l'instruction, l'office AI a également recueilli des renseignements auprès du Centre H._____. Dans leur rapport du 28 janvier 2020, les Drs T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et A._____ ont posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Les limitations fonctionnelles étaient de nature somatique et psychologique. Ils ont constaté une difficulté à faire face aux sources de stress, ce qui pouvait provoquer des réactions de nervosité et d'anxiété. Par ailleurs, les troubles de la mémoire et de la concentration étaient également susceptibles d'altérer les compétences professionnelles. Il en résultait, selon ces médecins, une capacité de travail nulle en toute activité. Le 17 avril 2020, le Dr X._____, médecin auprès du SMR, a conclu son avis médical en relevant qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux à propos du syndrome douloureux chronique, de l'état psychique et des lombalgies. De nouvelles atteintes avaient certes été mises en évidence au niveau des pieds. Néanmoins, les limitations fonctionnelles ne s'étaient pas significativement modifiées. L'ensemble des éléments à disposition ne permettaient dès lors pas de modifier les précédentes appréciations. De plus, des facteurs extérieurs psycho-sociaux jouaient un rôle important. Par projet de décision du 20 avril 2020, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, motif pris que, selon les renseignements médicaux au dossier, son état de santé ne s'était pas modifié au point d'avoir une incidence sur l'appréciation de sa capacité de travail telle que retenue dans sa décision du 31 mai 2010 dont les conclusions demeuraient ainsi toujours valables. En date du 11 mai 2020, Q._____ a contesté ce projet de décision en déplorant notamment qu'aucune expertise n'ait été mise en œuvre. Dans un rapport du 15 mai 2020, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin auprès du Centre H._____, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Reprenant les observations figurant dans le rapport du 28 janvier 2020 quant aux limitations fonctionnelles, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise « afin d'obtenir de nouveaux éléments dans le cadre d'une nouvelle décision AI. » Après examen des éléments médicaux au dossier, le Dr X._____ a estimé, au vu de l'intrication des différentes

atteintes somatiques et psychiques, qu'il convenait de poursuivre l'instruction en diligentant une expertise pluridisciplinaire « afin de déterminer les atteintes incapacitantes, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, la date d'aggravation, l'évolution et les traitements exigibles » (avis médical du 21 août 2020). Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Centre W. _____ à M. _____ en vue de procéder à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant, comme demandé par le Dr X. _____, un volet de médecine interne générale (Dr K. _____, médecin praticien), psychiatrique (Dre F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et rhumatologique (Dre V. _____, spécialiste en rhumatologie). Dans leur rapport de synthèse du 26 janvier 2021 (évaluation consensuelle), les experts ont posé les diagnostics – ayant ou non une incidence sur la capacité de travail – de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) depuis le mois de mai 2019 (F 33.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.3), de dysthymie (F 34.1) ou dépression chronique entre 1996 et 2011, de lombosciatique sur hernie discale, de douleurs diffuses sans substratum anatomique, de tendinite au coude calcifiante, d'arthrose des pieds, d'aponévrosite des pieds, d'hypertension artérielle, d'hypothyroïdie substituée, de colopathie fonctionnelle avec doléances hémorroïdaires non opérées, de reflux gastro-oesophagien, de céphalées chroniques anciennes, d'obésité et d'insuffisance veineuse. S'agissant de la capacité de travail, celle-ci était nulle depuis le 18 février 2019 (date à compter de laquelle elle a été mise à l'arrêt de travail) dans la dernière activité d'aide de cuisine en lien avec la pathologie rhumatologique en raison des contre-indications et du risque d'aggravation à poursuivre cette activité. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts se sont exprimés en ces termes : « La capacité de travail dans une activité adaptée est essentiellement en lien avec la pathologie psychiatrique en dehors de la période entourant la phlébectomie [réalisée le 19 février 2019, réd.] en lien avec la médecine interne générale. Elle évolue de la manière suivante : - 0% du 18 février 2019 jusqu'à fin avril 2019 en lien avec l'intervention de phlébectomie. - 50 % de mai 2019 au 20 octobre 2019 en raison d'un épisode dépressif moyen. - 0 % du 21 octobre 2019 au 8 novembre 2019 pour prise en charge rééducative interdisciplinaire. - 50 % du 9 novembre 2019 au 31 décembre 2019 en raison d'un épisode dépressif moyen. - 100 % avec diminution de rendement de 30 % à compter du 1 er janvier 2020 en raison d'un épisode dépressif léger à moyen, avec amélioration subjective du sommeil et des angoisses, mais avec persistance d'une fatigabilité, de difficultés de concentration, de difficultés à faire face au stress. Les baisses de rendement d'origine psychiatrique et rhumatologique ne s'additionnent pas, la mise en place de pauses régulières permet de limiter la fatigue psychique et la fatigabilité. » Sollicité pour détermination, le Dr X. _____ a fait sienne l'appréciation du Centre W. _____ (avis médical du 3 février 2021). Par projet de décision du 25 février 2021 annulant et remplaçant celui du 20 avril 2020, l'office AI a nié le droit de Q. _____ à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente). Sur le plan médical, il a retenu que la capacité de travail de l'assurée étant nulle dans son activité habituelle alors que, dès le 1 er janvier 2020, elle était de 70 % dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites. Sur le plan économique, il a fixé le revenu sans invalidité sur la base des statistiques salariales à 56'669 fr. 90 [recte : 55'669 fr. 90 ; cf. fiche de salaire exigible datée du même jour, réd.], montant correspondant à ce que pourrait percevoir une femme en bonne santé en 2020 dans des activités non qualifiées (niveau de compétence 1) du domaine de la production et des services. Comme l'assurée n'avait pas repris d'activité professionnelle, l'office AI s'est référé aux mêmes

données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé, dans la mesure où les perspectives de gain avec atteinte à la santé étaient identiques à celles qui prévalaient avant son atteinte. Toutefois, dès lors que la capacité de travail était de 70 %, le revenu d'invalidé s'élevait à 38'968 fr. 93. L'office AI a encore relevé qu'un abattement ne se justifiait pas, les limitations fonctionnelles ayant déjà été prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail. La comparaison des revenus avant et après invalidité conduisait à une perte de gain de 17'700 fr. 97, d'où un degré d'invalidité de 31,24 %, soit un taux inférieur au seuil légal ouvrant droit à une rente. Représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat, l'assurée a présenté, le 18 mars 2021, des objections à ce projet, en faisant valoir que les atteintes psychiatriques et inflammatoires entraînaient une incapacité totale de travail. Aussi a-t-elle conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2019. Par décision du 19 avril 2021, l'office AI a entériné son refus d'allouer à l'assurée toutes prestations de l'assurance-invalidité conformément à son projet de décision du 25 février 2021. B. a) Par acte du 21 mai 2021, Q. _____, toujours représentée par Me Duc, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2019. S'en prenant au volet psychiatrique de l'expertise du Centre W. _____, elle s'est étonnée que la Dre F. _____ ait écarté l'existence d'un stress post-traumatique ou d'une atteinte à la personnalité alors qu'il n'y avait eu qu'un seul examen clinique, lequel n'avait duré qu'une heure trente et, de surcroît, avec le concours d'un interprète. L'assurée estimait ainsi que le déroulement de l'expertise n'avait pas permis d'examiner l'éventuelle atteinte à la personnalité selon les règles de l'art médical. En effet, selon la doctrine médicale, plusieurs entretiens étaient nécessaires pour déterminer si une personne souffrait de troubles de la personnalité et il convenait en outre de recueillir des éléments biographiques à son sujet. A cet égard, l'assurée a relevé que l'experte n'avait pas abordé son vécu et avait omis d'en analyser l'impact sur sa santé psychique. Elle a rappelé les cinq années de guerre vécues dans sa région d'origine, la peur face à l'ennemi, la fuite des femmes et des enfants et la peur constante de mourir. A cela s'ajoutaient la violence et l'alcoolisme de son premier époux, lui-même victime de la guerre. D'après l'assurée, ces éléments étaient de nature à entraîner un stress post-traumatique suivi d'une atteinte à la personnalité qu'il convenait d'examiner selon les règles de l'art, ce qui n'avait manifestement pas été fait vu la très brève durée de l'examen clinique, qui plus est réalisé avec un interprète. A titre de moyen de preuve, elle a ainsi sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale indépendante. b) Dans sa réponse du 4 août 2021, l'office AI a souligné que, aux termes de son avis du 3 février 2021, le SMR n'avait pas émis de réserve sur la valeur probante du rapport d'expertise du Centre W. _____. L'ensemble des indicateurs avaient été explorés et permettaient d'arriver à la conclusion que l'assurée disposait de ressources résiduelles qu'elle pouvait mettre en valeur dans une activité exercée à 70 %. Au demeurant, la situation de guerre et les conflits familiaux avaient été pris en considération dans l'évaluation de l'état de santé. En l'état du dossier, il n'y avait donc pas de motifs de s'écarter de l'appréciation des experts. En conséquence, l'office AI a conclu au rejet du recours. c) A l'appui de sa réplique du 21 octobre 2021, l'assurée a produit un rapport du 11 octobre 2021 rédigé par la Dre U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin au Centre H. _____. Elle y posait les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F 43.1), de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère) sans symptômes psychotiques (F 33.2) ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). L'assurée a expliqué que ce rapport faisait état de

l'importante atteinte psychiatrique en lien avec la guerre en Bosnie de 1992 à 1995 et les violences conjugales subies ayant perduré depuis 1987. Il était dès lors surprenant que les experts du Centre W. _____ n'aient fait état que de manière très sommaire de ces éléments, alors qu'ils étaient à même d'induire de graves atteintes invalidantes. L'assurée en inférait que le rapport d'expertise du Centre W. _____ était dépourvu de valeur probante, dans la mesure où les experts avaient omis d'établir une anamnèse complète sur ces deux points. A cela s'ajoutaient qu'ils n'avaient pas conduit leur examen au regard de ce vécu traumatisant et qu'ils n'avaient pas non plus analysé ces éléments sur le plan médical afin d'en déterminer l'incidence sur la capacité de travail. Partant, l'assurée a déclaré maintenir intégralement ses conclusions. d) Dupliquant en date du 16 novembre 2021, l'office AI a estimé que le rapport du 11 octobre 2021 constituait une appréciation différente d'un même état de fait et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions expertales du Centre W. _____, claires et dûment motivées. Il a derechef conclu au rejet du recours. e) Dans ses déterminations du 2 décembre 2021, l'assurée a répété que le rapport d'expertise se fondait sur une anamnèse incomplète en tant qu'elle omettait de prendre en compte la guerre vécue en Bosnie et les violences conjugales dont elle avait fait l'objet pendant de nombreuses années. Or il ressortait du rapport du 11 octobre 2021 que ce vécu avait porté atteinte à sa santé au point qu'elle souffrait aujourd'hui d'un état de stress post-traumatique avec un trouble dépressif récurrent actuellement sévère à l'origine d'une incapacité de travail totale. En outre, la Dre U. _____ évoquait une péjoration de l'état de santé depuis plusieurs années. C'était dès lors de manière arbitraire que l'office AI s'était fondé uniquement sur le rapport d'expertise du Centre W. _____ sans soumettre aux experts le rapport du 11 octobre 2021 pour détermination. Aussi était-il nécessaire de procéder à une nouvelle expertise, l'assurée déclarant pour le surplus maintenir intégralement ses précédentes conclusions. 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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'office intimé à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée au mois de juin 2019, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à justifier, suivant les conclusions du recours, l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2019. b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 19 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et

qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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. d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3). 4. a) 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références). 5. A titre liminaire, il convient de relever que la recourante ne soutient pas – à juste titre – qu'elle présenterait une incapacité de travail découlant d'une atteinte somatique. Dans son rapport du 26 janvier 2021, la Dre V._____ a estimé que les diagnostics retenus (lombosciatique sur hernie discale, douleurs diffuses sans substrat anatomique, tendinite du coude calcifiante, arthrose des pieds et aponévrosite des pieds) étaient sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. D'après l'experte, dans une profession permettant l'alternance de la position assise et de la station debout, la capacité de travail était entière avec toutefois une baisse de rendement de 10 % pour les changements de position et les pauses fréquentes, ceci en-dehors de la période d'hospitalisation du 21 octobre au 8 novembre 2019 en vue d'une prise en charge rééducative interdisciplinaire. Quant au volet de médecine interne de l'expertise du Centre W._____, tous les diagnostics retenus par le Dr K._____ sont sans incidence sur la capacité de travail (cf. rapport du 26 janvier 2021, p. 12). Les autres pièces médicales figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause l'analyse des experts. Dans ce contexte, les rapports médicaux établis le 18 novembre 2019 par le Prof. G._____ et le 14 janvier 2020 par le Dr S._____ ,

neurologue, ne permettent pas de soutenir la thèse d'une incapacité totale de travail dans tout type d'activité. Ils ne font en effet pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts prénommés ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. Il s'ensuit que, s'agissant des volets rhumatologique et de médecine interne, l'expertise du Centre W._____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La contestation porte ainsi uniquement sur le plan psychiatrique. 6. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). 7. Il convient d'examiner la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise du Centre W._____ et de confronter l'appréciation de la Dre F._____ à celle de ses confrères psychiatres. a) Tout d'abord, il convient de relever que la durée, prétendument trop courte selon l'assurée, de l'examen clinique auquel la Dre F._____ a procédé ne saurait remettre en question la valeur probante de son rapport d'expertise du 26 janvier 2021. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 7.2 et les références). De plus, les experts ont une grande marge d'appréciation dans le choix des méthodes d'examen, la valeur probante de leur rapport dépendant moins de la durée de l'examen que de son contenu (cf. TF 8C_558/2015 du 22 décembre 2015 consid. 4.2.3 et 8C_603/2013 du 9 avril 2014 consid. 4.1). Au demeurant, la recourante ne fait valoir aucun grief objectif s'agissant de la qualité des prestations de l'interprète ou de l'exhaustivité de la traduction. b) En relation avec l'établissement du diagnostic, en particulier en matière de troubles de la personnalité, l'assurée cite un extrait dans son mémoire de recours de l'édition 2019 de l'ouvrage intitulé « Classification internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du comportement, Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic » pour soutenir que l'existence d'un trouble de la personnalité ne peut être retenue ou écartée à la faveur d'un seul examen clinique, plusieurs entretiens étant nécessaires de même que le recueil d'informations auprès de tiers. Il s'agit là d'une recommandation générale destinée aux praticiens et non d'une exigence formelle en matière d'expertise psychiatrique. Les « Lignes directrices de qualité des expertises des troubles psychiatriques et psychosomatiques en médecine d'assurance » (3^e édition intégralement révisée et complétée, juin 2016) n'imposent pas des examens ou entretiens répétés s'agissant du diagnostic et l'expert dispose déjà du dossier médical de l'assuré, partant de données anamnestiques issues d'entretiens antérieurs, lui permettant en règle générale de poser, confirmer ou exclure un diagnostic sans qu'il soit nécessaire de procéder à des examens cliniques répétés. aa) De fait, la recourante se livre à un auto-diagnostic en mentionnant dans son recours un état de stress post-traumatique, qu'aucun médecin n'avait encore évoqué à la date du recours, et pose le postulat qu'il aura induit un trouble (une atteinte) de la personnalité. bb) La recourante soutient que les éléments anamnestiques autorisant ces diagnostics sont demeurés inconnus de l'experte et par conséquent que l'anamnèse, partant l'expertise, est lacunaire. Ces allégations n'emportent toutefois par la conviction ; en effet, la situation de guerre à laquelle la recourante a été confrontée ainsi que les conflits familiaux qu'elle a vécus n'ont pas été ignorés de l'experte ainsi que l'office AI l'a à juste

titre relevé dans sa réponse du 4 août 2021 (cf. p. 2, troisième paragraphe), sans compter qu'ils ressortaient déjà de certaines des pièces du dossier médical transmis par l'intimé avec le mandat d'expertise (cf. à cet égard les rapports des 12 janvier 2008 et 4 septembre 2009 établis par la Dre P. _____, résumés dans le rapport d'expertise du 26 janvier 2021, pp. 34-35). cc) Par ailleurs, les rapports du Centre H. _____ des 28 janvier et 15 mai 2020 – antérieurs à l'expertise et au recours – ne mentionnent pas de diagnostic d'état de stress post-traumatique ou de troubles de la personnalité ; on ne trouve pas non plus dans ces rapports de plaintes de la recourante ou d'évocation par celle-ci de symptômes caractéristiques des critères permettant de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique. On ne peut manquer d'être surpris que ce soit seulement au stade du rapport du 11 octobre 2021 qu'il est fait état de la relation par la recourante de cauchemars souvent liés au vécu de guerre en Bosnie, de réminiscences et flash-back des traumatismes, soit des critères relevant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, ce alors que la recourante est suivie au Centre H. _____ depuis mai 2019 déjà (cf. rapport du 28 janvier 2020). Ces symptômes particuliers ne sont pas rapportés par les précédents médecins traitants de la recourante et les auteurs du rapport du 11 octobre 2021 n'expliquent pas les raisons de la tardiveté de ce diagnostic, respectivement de la tardiveté de l'évocation, ou de l'apparition de ces symptômes, ce alors que les événements déclencheurs remontent à 1992-1995 s'agissant de la guerre en Bosnie et pour ce qui concerne la violence conjugale, apparemment jusqu'en 1998, voire 2000 (cf. rapport d'expertise du 26 janvier 2021, pp. 3, 16 et 21). dd) A cela s'ajoute que l'experte psychiatre discute d'un éventuel état de stress post-traumatique et de modification de la personnalité en pages 20 et 21 de son rapport du 26 janvier 2021, notamment pour constater que si la recourante a pu présenter des symptômes d'un tel état en 1996, son parcours ultérieur permet d'écarter ce diagnostic, partant celui de modification de la personnalité. Ce même parcours exclut tout trouble de la personnalité, que ne retiennent au demeurant pas les médecins traitants du Centre H. _____. ee) En conclusion, c'est de manière fondée que l'experte psychiatre ne retient pas les diagnostics d'état de stress post-traumatique, respectivement de modification ou trouble de la personnalité. c) S'agissant du trouble dépressif, les rapports des 28 janvier et 15 mai 2020 du Centre H. _____ qualifient de moyen l'épisode dépressif, à l'instar de l'experte pour la période courant jusqu'à fin 2019 (cf. rapport d'expertise du 26 janvier 2021, p. 20). Pour la période ultérieure, on ne distingue pas dans le rapport du 11 octobre 2021 les éléments significatifs d'un degré de gravité sévère, ni même à partir de quand et pourquoi l'aggravation serait survenue. Le trouble somatoforme douloureux n'est pas contesté et avait déjà été diagnostiqué à l'époque de la première décision du 31 mai 2010, sans être considéré comme incapacitant. Tel est toujours le cas selon l'experte psychiatre, compte tenu des ressources de la recourante. Sur ce point, les rapports des médecins psychiatres de la recourante se réfèrent essentiellement aux atteintes somatiques sans discuter plus amplement des critères du trouble somatoforme douloureux. Une modification n'est pas établie. d) Ainsi, il doit être retenu, depuis la décision du 31 mai 2010, une aggravation du trouble dépressif, dans le sens d'un épisode passant d'un degré de gravité léger (cf. rapport du 4 septembre 2009 de la Dre P. _____) à moyen (cf. rapports des 28 janvier et 15 mai 2020 du Centre H. _____), entraînant une diminution de la capacité de travail de 50 % mais limitée à la période de mai à décembre 2019 (cf. rapport d'expertise du 26 janvier 2021, p. 5). e) Pour le surplus, l'expertise psychiatrique de la Dre F. _____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle s'est en effet entretenue avec la recourante et a disposé de l'intégralité du dossier constitué

par l'office intimé. Elle a fait état de l'anamnèse de la recourante et décrit soigneusement les plaintes de cette dernière notamment celles ayant trait à ses douleurs. L'appréciation de la situation médicale est claire. L'experte a en outre examiné le diagnostic de trouble dépressif (épisode actuel moyen) à l'aune de la grille d'indicateurs résultant de la jurisprudence (cf. considérant 6 ci-dessus). Ainsi et en particulier, elle a analysé la personne de l'assurée. De plus, il existait des ressources mobilisables avec capacité d'adaptation aux règles, capacité de planification et de structuration des tâches. Même si les relations pouvaient s'avérer difficiles en cas de confrontation compte tenu de tendances à la projection, elle disposait d'un cercle social restreint mais stable. Les plaintes étaient par ailleurs compatibles avec un état dépressif et des douleurs somatoformes. Quant au traitement psychiatrique intégré, il était adéquat bien que la médication psychotrope pouvait être revue à la hausse afin d'atteindre le taux thérapeutique recommandé. L'évolution était légèrement favorable mais non encore stabilisée. Aussi l'experte a-t-elle estimé que, dans l'activité habituelle – considérée comme adaptée –, l'assurée présentait dès le 1^{er} janvier 2020 une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % au vu de la persistance d'une fatigabilité, de problèmes de concentration ainsi que de difficultés dans la gestion du stress. f) Sur le vu de ce qui précède, l'office intimé était fondé à faire siennes les conclusions de la Dre F. _____ dont il n'y a pas lieu de s'écarter. 8. En présence d'une modification de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA, il convient encore d'examiner si cette modification est susceptible d'influencer le droit aux prestations de la recourante. a) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). b) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). c) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu

sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). d) A l'échéance du délai d'attente (30 avril 2020), la recourante présente une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiques et physiques, étant rappelé que les baisses de rendement d'origine psychiatrique et rhumatologique ne s'additionnent pas, la mise en place de pauses régulières permettant de limiter la fatigue psychique et la fatigabilité (cf. rapport d'expertise du Centre W. _____ du 26 janvier 2021, p. 5). Il convient encore de préciser dans ce contexte qu'il y a lieu de suivre l'opinion du SMR selon laquelle est vain le postulat d'une amélioration et d'une stabilisation dans les trois mois après ajustement de la médication psychotrope (cf. avis médical du 3 février 2021). e) La détermination du degré d'invalidité par l'office intimé doit encore être examinée. aa) En l'espèce, il ressort des constatations opérées par l'office intimé que la recourante n'a pas perçu de revenus depuis 2019 (cf. fiche de calcul du salaire exigible du 25 février 2021). C'est donc à juste titre que l'office intimé s'est référé pour fixer le revenu sans invalidité aux données statistiques, à savoir le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités physiques et manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2018, 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétences 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2018 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'556 fr. 77, ce qui donne un salaire annuel de 54'681 fr. 21. Après indexation à l'année 2019 (0,9 %) et à l'année 2020 (0,9 %), il s'élève à 55'669 fr. 90 ainsi que l'a retenu l'office intimé dans la décision querellée. bb) L'office intimé s'est également fondé pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit un montant de 55'669 fr. 90. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. cc) La décision du 31 mai 2010 prenait en compte un abattement de 10 % au titre des limitations fonctionnelles somatiques. Celles-ci sont actuellement englobées dans la diminution de rendement de 30 % et ne sauraient l'être une seconde fois en tant que facteur d'abattement pour les limitations fonctionnelles sur le salaire statistique. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer en sus un abattement sur le salaire statistique à ce titre (Michel Valterio , Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, note 89 ad art. 28 a LAI, p. 450). L'âge en tant que facteur d'abattement doit toujours être examiné en fonction de toutes les circonstances concrètes du cas particulier. Un âge, par exemple de cinquante-cinq ans ne saurait ainsi

justifier en soi un abattement (TF 9C_160/2013 du 28 août 2013 consid. 4.2). En l'occurrence, un abattement lié à l'âge ne se justifie pas en présence d'une activité adaptée dans un niveau de compétence 1 (activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger) de l'ESS. La recourante n'avait en outre pas encore atteint l'âge à compter duquel la jurisprudence considère qu'il n'est plus exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il retrouve une activité adaptée à son état de santé, sur un marché du travail équilibré. L'absence de formation professionnelle n'est en outre pas un élément pouvant être pris en considération puisque le niveau de compétence 1 de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). e) La comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité aboutit donc à un degré d'invalidité de 30 % (et non de 31,24 % comme retenu par l'intimé), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. En l'absence d'un motif de révision susceptible d'influencer le droit aux prestations, l'office AI était légitimé à rejeter la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 24 juin 2019. 9. Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions du Centre W. _____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 10. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. 11. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). 12. a) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 10 février 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'205 fr. 15, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 19 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de

dépens. V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office, est arrêtée à 2'205 fr. 15 (deux mille deux cent cinq francs et quinze centimes), débours et TVA compris. VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc, avocat (pour 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). Le greffier :

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