

## **VD\_GERICHTE ZD24.041426 vom 26. Mai 2025**

VD Tribunal cantonal, 2025-05-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.041426](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.041426)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.041426 du 26 mai 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.041426 del 26 maggio 2025

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

mars 2023. Il y a donc lieu d'appliquer le droit en vigueur dès le 1er janvier 2022.

- 13 - 3. Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, à la suite de la nouvelle demande qu'elle a déposée le 17 mars 2023, singulièrement sur le point de savoir si sa situation s'est modifiée, depuis la dernière décision de refus de prestations du 22 décembre 2010, dans une mesure susceptible d'influencer son droit aux prestations. 4. 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 invalide (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).

- 14 - 5. a) 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, 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 la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). b) 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). 6. a) Pour 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

- 15 - 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 un élément important 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 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se

- 16 - distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du

SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Il est ainsi admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséculo-logique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). e) 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

- 17 - 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. a) En l'espèce, la recourante a déposé une cinquième demande de prestations le 17 mars 2023, en faisant valoir une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique. Dans la mesure où l'intimé a estimé que la recourante avait rendu plausible l'aggravation alléguée, il est entré en matière sur sa demande de prestations et après instruction, a retenu que son état de santé ne s'était pas modifié d'une manière notable par rapport à la situation qui prévalait au moment où la décision de refus de prestations du 22 décembre 2010 – laquelle reposait sur un examen matériel du droit à la rente – avait été rendue, si bien qu'il a refusé à l'assurée l'octroi de prestations par décision du 22 juillet 2024. b/aa) Il convient tout d'abord de rappeler que dans le cadre de la décision rendue en 2010, l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. Il s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise de la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2007, aux termes duquel les experts avaient retenu le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques sur spondylolisthésis par lyse isthmique bilatérale au niveau L5-S1 de grade I (M43.0 et M43.1) et comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Ils avaient conclu à une capacité de travail de l'assurée de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, l'activité habituelle n'étant plus adaptée. L'expert psychiatre en particulier avait expliqué que les symptômes anxieux et dépressifs présents chez la recourante ne permettaient pas de retenir des limitations dans sa capacité de travail, laquelle était de 100% sur le plan psychiatrique. Il avait en revanche précisé que la recourante avait vécu des périodes anxio-dépressives plus importantes par le passé qui n'étaient plus d'actualité au jour de l'expertise. Il avait également évoqué des « moyens affectivo-intellectuels et langagiers limités » chez la recourante,

- 18 - pouvant l'amener à mettre en avant des plaintes somatiques douloureuses, évoquant une majoration inconsciente ou un besoin d'être reconnue. bb) Dans le cadre du dépôt de sa cinquième demande de prestations le 17 mars 2023, la recourante a fait valoir une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique uniquement. Aussi, l'examen se limitera à cet aspect-là, la recourante n'ayant pas fait état d'une modification de son état de santé dans le registre somatique. L'absence de changement sur ce plan-là a en outre été confirmée par la Dre T. \_\_\_\_\_ qui a indiqué qu'il n'y avait pas de nouveau diagnostic somatique, ni de nouvelles limitations fonctionnelles, si bien qu'il convenait de se rallier aux conclusions de l'expertise de 2007 quant à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée (cf. rapport du 3 juin 2024). Pour rendre sa décision de refus de prestations du 22 juillet 2024 et retenir qu'il n'y avait pas eu d'aggravation significative de l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique, l'intimé s'est fondé sur l'appréciation du SMR. Celui-ci a en particulier relevé, dans son avis du 27 février 2024, que les symptômes mentionnés par le psychiatre traitant (cf. rapports des 4 mars 2023, 23 juin et 21 décembre 2023), étaient les mêmes que ceux décrits précédemment. L'anxiété, la dépression et les troubles cognitifs étaient régulièrement documentés depuis la première demande et même si leur intensité n'était pas précisée, ils ne semblaient pas s'être péjorés, dans la mesure où l'assurée demeurait toujours capable de gérer les tâches du quotidien de manière autonome. Aucun appauvrissement du quotidien de la recourante n'était constaté, lequel était superposable à celui documenté dans la demande initiale, notamment une vie sociale très limitée avec des contacts uniquement avec ses enfants. Le SMR notait également qu'entre juin et décembre 2023, malgré l'annonce de plusieurs facteurs stressants à venir, le suivi psychiatrique avait été espacé (bimensuel à mensuel) et qu'aucune modification du traitement psychotrope (Fluoxetine 40 mg/jour) instauré en 2022 n'était intervenue, malgré un effet jugé comme moyen par le

- 19 - psychiatre traitant lors du dosage plasmatique réalisé en avril 2023. Ces éléments questionnaient en l'absence d'amélioration alléguée. Le SMR concluait que l'ensemble de ces constats laissait penser que la situation était globalement superposable à celle documentée au cours des années et que malgré les variations thymiques décrites par les intervenants, le fonctionnement global n'était pas altéré, si bien que les conclusions précédentes restaient valables. Le SMR relevait encore, concernant la présence d'un retard mental léger chez la recourante, que celui-ci avait été documenté depuis 2009 et qu'il était présent probablement depuis l'enfance mais qu'il n'avait pas empêché celle-ci d'exercer un emploi non qualifié comme celui qu'elle avait exercé. cc) Au stade du recours, la recourante s'est essentiellement référée au rapport du 30 mai 2024, produit dans le cadre de la procédure d'opposition, dans lequel le Dr L. \_\_\_\_\_ a repris les diagnostics évoqués jusqu'alors, tout en précisant que le diagnostic de trouble de l'adaptation posé par l'expert en 2007 ne s'appliquait plus car les situations de vie qui auraient pu influencer la symptomatologie à l'époque n'avaient pas perduré. En revanche, le décès de la mère de l'assurée avait provoqué une aggravation de son état dépressif chronique. Elle se rendait en consultation toutes les six semaines à la suite de son déménagement récent pour se rapprocher de son fils. L'assurée était toujours suivie à domicile par une infirmière en soins psychiatriques. Le psychiatre traitant mentionnait toujours les mêmes limitations que précédemment. Le rapport précité a été soumis au SMR (cf. avis du 5 novembre 2024) qui a constaté que les diagnostics avaient certes varié selon les intervenants (experts et thérapeutes) durant la période allant de 2007 à 2024 mais que la symptomatologie décrite (tristesse, ruminations, fatigue, anxiété, manque de confiance en soi, difficultés de

concentration, troubles du sommeil) était la même depuis que le dossier avait été porté à la connaissance de ce service. Il a également relevé que l'expertise réalisée en 2007 faisait déjà mention de « périodes anxio-dépressives plus importantes » par le passé, correspondant vraisemblablement aux périodes de séparation de l'assurée, que les psychiatres en charge du

- 20 - suivi de la recourante par la suite avaient retenues comme les épisodes d'un trouble dépressif récurrent. Or, plus que les diagnostics posés, ce qui était déterminant correspondait aux répercussions fonctionnelles qui traduisaient la gravité de l'atteinte et aucune aggravation du fonctionnement de la recourante n'était documentée entre 2005 et 2024. En effet, en 2007, la recourante évitait déjà de sortir, restait chez elle, n'avait que des contacts avec ses enfants, ne conduisait pas, ne gérait pas l'administratif (factures payées par son ami). Par ailleurs, entre 2011 et 2017, la recourante ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique, ce qui suggérait que l'atteinte était en rémission ou du moins pas incapacitante. Le SMR a encore constaté que le suivi psychiatrique repris par le Dr L. \_\_\_\_\_ en 2022 n'amenait pas d'éléments cliniques en faveur d'une péjoration de l'état de santé de la recourante. L'espacement du suivi au cours du temps et l'absence de modification du traitement antidépresseur (molécule et dosage) chez une assurée connue pour une non-compliance médicamenteuse (cf. rapport d'expertise de 2007) corroboraient l'absence d'aggravation. Quant au diagnostic de retard mental léger, il mettait vraisemblablement l'assurée à risque de décompensation dépressive à chaque situation de surcharge au vu de la diminution des capacités d'adaptation. Néanmoins, les ressources de l'assurée n'étaient pas épuisées, dès lors que celle-ci restait capable de faire face au quotidien, qu'elle maintenait le contact avec ses proches et qu'elle avait été en mesure de déménager récemment. Le SMR en a conclu que, malgré les variations thymiques transitoires constatées chez l'assurée, son fonctionnement global n'était pas altéré par rapport à celui qui était décrit dans le rapport d'expertise de 2007. dd) En l'occurrence, on peut tout d'abord relever que si l'intimé n'a, dans un premier temps, pas soumis au SMR le rapport du 5 mars 2024 du Dr L. \_\_\_\_\_, produit dans le cadre de la procédure d'opposition, avant de rendre la décision litigieuse du 22 juillet 2024 – ce qui interpelle –, cela n'ôte pas encore toute valeur probante à l'appréciation de ce service. En effet, ce rapport, qui a été soumis au SMR dans le cadre de la procédure de recours, n'a pas apporté d'éléments nouveaux par rapport aux précédentes appréciations du psychiatre traitant et n'a fait que conforter

- 21 - le SMR dans sa position. Celui-ci a ainsi tenu compte de tous les rapports médicaux produits par la recourante dans son avis du 5 novembre 2024, dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Comme l'a relevé le service précité, si les diagnostics (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée en 2007 versus trouble dépressif récurrent et dysthymie en 2023 notamment) ont varié au fil du temps en fonction des spécialistes qui ont suivi la recourante, il convient de constater que la symptomatologie présentée par celle-ci ne s'est pas modifiée au fil des années et que son fonctionnement au quotidien n'a guère changé entre la situation qui prévalait en 2010 et celle de 2024. Or on rappellera que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 8C\_672/2023 du 4 juin 2024 consid. 3.2.1 et les références citées). On constate en outre, à la lecture du rapport du 4 mars 2024 du psychiatre traitant, que la recourante a pu réaliser son projet de déménagement en 2023 pour se rapprocher de l'une de ses filles et qu'il n'y a pas eu de changement dans son fonctionnement après cet événement par rapport à la situation qui

prévalait en 2010. Les autres constats faits par le SMR, notamment l'absence de suivi entre 2011 et 2017 suggérant une atteinte non incapacitante, l'absence d'éléments cliniques en faveur d'une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis 2022 et l'espacement du suivi psychiatrique au cours du temps ainsi que l'absence de modification du traitement antidépresseur (molécule et dosage) chez une assurée connue pour une non-compliance médicamenteuse, sont convaincants et permettent de se rallier à son appréciation selon laquelle la situation ayant donné lieu à la décision du

## **E. 22**

juillet 2024 est superposable à celle qui prévalait en 2010. On relèvera du reste que, dans son rapport du 23 juin 2023, le Dr L. \_\_\_\_\_ a évoqué une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis 2020 sur le plan psychique, mais n'a aucunement motivé son appréciation, se limitant à mentionner que cette aggravation était le résultat d'années d'atteintes à la fois somatiques et psychiques. En outre, ce médecin n'a pas expliqué en quoi le diagnostic de phobies spécifiques existant depuis 2020 aurait une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Ce spécialiste n'a, en fin de compte, fait que procéder à une lecture différente d'un même état

- 22 - de fait, étant rappelé que le rapport de confiance qui lie un médecin traitant à son patient le place dans une position délicate pour constater des faits sur le plan asséculogique. En d'autres termes, les rapports du Dr L. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de retenir une aggravation significative de l'état de santé psychique de la recourante susceptible d'influencer son degré d'invalidité. Tout au plus, peut-on retenir, à l'instar de l'intimé, que la recourante connaît des variations thymiques depuis de nombreuses années, sans toutefois que cela n'affecte son fonctionnement global et, partant, sa capacité de travail. La recourante ne saurait par ailleurs tirer argument du fait que le SMR avait mentionné dans un premier temps qu'un épuisement des ressources ne pouvait être exclu. En effet, cet élément a certes été évoqué dans l'avis de ce service du 5 juillet 2023, mais à la suite de questions complémentaires posées en décembre 2023 au psychiatre traitant, le SMR a constaté, en février 2024, que l'assurée était toujours capable de gérer les tâches du quotidien de manière autonome et qu'il n'y avait pas d'appauvrissement du quotidien qui était superposable à celui documenté dans la demande initiale, notamment une vie sociale très limitée avec des contacts uniquement avec ses enfants. Il a confirmé ce constat dans son avis du 5 novembre 2024, en relevant que l'assurée restait capable de faire face au quotidien, qu'elle maintenait le contact avec ses proches et qu'elle avait été en mesure de déménager peu de temps avant. Il n'y a en l'occurrence pas matière à s'écarter de cette appréciation. Quant à l'argument de la recourante selon lequel le diagnostic de retard mental léger n'aurait pas été suffisamment investigué, il doit être écarté. En effet, le SMR s'est prononcé de manière claire à ce sujet, en précisant que cette composante mettait vraisemblablement la recourante à risque de décompensation dépressive à chaque situation de surcharge au vu de la diminution des capacités d'adaptation mais que ses ressources n'étaient pas épuisées, dès lors que celle-ci restait capable de faire face au quotidien, qu'elle maintenait le contact avec ses proches et qu'elle avait été en mesure de déménager récemment. A noter que

- 23 - l'expert psychiatre avait déjà tenu compte de cet aspect en 2007, puisqu'il avait mentionné la présence de « moyens affectivo-intellectuels et langagiers limités », lesquels n'avaient toutefois aucune incidence sur la capacité de travail de la recourante. En conclusion, le SMR, qui a pris en compte tous les rapports médicaux produits par la

recourante et apprécié la situation de manière convaincante et en toute connaissance de cause, peut être suivi. On peut certes encore se demander, comme l'a relevé la recourante, si l'intimé a valablement écarté sans plus ample examen les éléments médicaux produits postérieurement à l'expertise de 2007 mais antérieurement à la décision du 22 décembre 2010 (cf. en particulier le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 10 mars 2010 faisant état de deux épisodes dépressifs majeurs). Toutefois, dans la mesure où la recourante n'a pas contesté la décision de refus de prestations rendue le 22 décembre 2010, qui est entrée en force, on ne saurait revenir sur les éléments antérieurs à cette décision. c) En définitive, il y a lieu de constater, avec l'intimé, que la situation ayant donné lieu à la décision du 22 juillet 2024 est superposable à celle qui prévalait en 2010 et qu'il n'y a, par conséquent, pas d'aggravation de l'état de santé de la recourante notable, susceptible d'influencer ses droits. Partant, les conclusions de l'expertise réalisée en 2007 restent valables et il convient de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. 8. Sur le plan économique, la recourante ne conteste ni les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, ni le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires, pas plus que le calcul du taux d'invalidité, lequel aboutit à un degré d'invalidité de 37%, n'ouvrant pas de droit à une rente. Vérifiés d'office, ces éléments peuvent être confirmés.

- 24 - 9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique. Une telle mesure ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée. 10. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, celle-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant seront provisoirement assumés par l'Etat. La recourante est cependant rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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 (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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