

## **VD\_GERICHTE ZD25.008082 vom 25. November 2025**

VD Tribunal cantonal, 2025-11-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD25.008082](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.008082)

FR: VD\_GERICHTE ZD25.008082 du 25 novembre 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD25.008082 del 25 novembre 2025

### **Erwägungen**

#### **E. 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). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

- 15 - valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

#### **E. 5**

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 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\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

- 16 - c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré 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\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 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 asséculogique. 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 citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

- 17 - e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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). f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

## **E. 6**

a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire réalisée par le F. \_\_\_\_\_, a estimé que la recourante disposait, à tout le moins en février 2022, moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente, d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir un travail permettant d'éviter les efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg ainsi que les porte-à faux du buste et de limiter le port de charge proche du corps à 5 kg.

- 18 - b) aa) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire réalisé par le F. \_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par des experts spécialistes. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle et psychosociale), l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations et examens de laboratoire notamment). Elle prend, par ailleurs, en compte les plaintes de l'expertisée que les experts ont confrontées avec leurs constatations objectives. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, la gravité des troubles retenus ainsi que la cohérence. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire réalisée par les deux experts et sont bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). bb) Sur le plan matériel, les experts ont posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, se référant par ailleurs à un système de classification reconnu, à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Ils ont été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus, chacun dans leur discipline. En particulier, sur le plan psychiatrique, l'expert a expliqué et motivé de manière circonstanciée les raisons justifiant d'exclure certains diagnostics susceptibles d'entrer en ligne de compte. Les experts ont, en outre, procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes et se sont prononcés sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante. cc) Du point de vue somatique, l'expert rhumatologue a posé le diagnostic de lombosciatalgie gauche non irritative et non déficitaire, avec examen neurologique normal, sur discopathie et arthrose postérieure (M54.4 et M51.0). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a expliqué que la recourante présentait

- 19 - des douleurs lombaires relativement anciennes, en référence à des examens d'imagerie de 2001 et 2004 montrant une petite discopathie L5- S1, respectivement une discopathie L4-L5 sans conflit et séquelle de Scheuermann ainsi qu'une discopathie

D12-L1, sans conflit disco- radiculaire. Plus récemment, l'IRM du 22 janvier 2021 avait mis en évidence une hernie discale L3-L4 à développement foraminaux gauche en contact avec la racine L4 gauche, ainsi qu'une atteinte articulaire postérieure L3-L4 gauche et, de façon générale, étagée du côté gauche. L'assurée avait ensuite consulté l'Institut [...] et bénéficié de plusieurs infiltrations, en dernier lieu en juin 2022, lesquelles n'avaient pas significativement amélioré la situation. Une amélioration était toutefois rapportée par l'assurée depuis le début de sa prise en charge auprès de son actuel physiothérapeute ; l'expert préconisait dès lors la poursuite de cette thérapie, associée au traitement antalgique et à la Duloxétine. L'expert relevait qu'il n'y avait en revanche aucune indication chirurgicale, l'examen neurologique d'août 2022 n'ayant montré aucune anomalie ou élément objectif permettant de mettre en évidence une compression neurologique, aucune atteinte radiculaire ni tronculaire, de même qu'un électromyogramme parfaitement normal. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ relevait l'existence d'une certaine incohérence entre la description de la vie quotidienne de l'expertisée et la façon dont elle s'était déshabillée lors de l'examen d'expertise. Pour l'expert, les constatations objectives radiologiques et cliniques ne permettaient pas d'expliquer l'attitude de la recourante, ni la douleur ressentie, qui, malgré tout, n'entraînait pas de prise d'antalgique en continu chez une patiente qui avait par ailleurs toujours été compliant aux traitements. Il relevait encore que la recourante n'assurait que peu de gestes de la vie quotidienne, alors qu'elle était pourtant autonome et capable de conduire et de se rendre en vacances à 11 heures de train. Il en concluait que ses ressources internes semblaient altérées par des facteurs extra somatiques, tandis que ses ressources externes étaient très présentes. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, alors que sa capacité de travail était pleine et entière dans une activité adaptée, ce depuis toujours. Il a finalement retenu, comme limitations fonctionnelles, l'absence d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg ainsi que de porte-à-faux du

- 20 - buste, la limitation du port de charges proche du corps à 5 kg, ainsi que le changement de position régulier. dd) Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a toutefois fait état, à titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de l'alcool, usage nocif pour la santé (F10.1), en raison d'une mesure de PEth (phosphatidyléthanol) sanguin revenue à un taux de 140 µg/l, ce qui révélait une consommation importante d'alcool, alors que l'expertisée avait indiqué ne pas consommer du tout et que le dépistage urinaire et clinique avait montré une abstinence le jour de l'expertise. Il a précisé qu'aucune conséquence médicolégale particulière en rapport à la consommation d'alcool ne pouvait être mise en évidence chez une expertisée qui ne semblait pas empêchée d'interagir et n'avait notamment pas de dette, ni de problème judiciaire. En outre, aucun élément en faveur d'un syndrome de sevrage n'était identifié. L'expert en concluait que la consommation n'était pas incapacitante dès lors qu'elle relevait d'un abus et non d'un degré de dépendance et qu'il n'y avait aucune comorbidité addictive associée ni aucun trouble de la personnalité ou de trouble thymique ou anxieux. La consommation d'alcool appelait toutefois à la vigilance du corps médical chez une assurée aux traits de personnalité évitante non décompensée et face à un tableau d'algies chroniques. L'expert a ensuite expliqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas retenir d'épisode dépressif, quel que soit son intensité. Il a exposé que les propos rapportés par la recourante n'allaient pas dans le sens d'une perte d'envie, d'intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles, qui étaient conservées, principalement en lien avec sa famille, qui constituait son principal centre d'intérêt. La recourante, qui indiquait ne jamais avoir été triste plus de deux semaines

d'affilée, était en mesure de participer à la tenue du foyer, avec le soutien de sa famille. Elle était par ailleurs capable notamment de sortir, de se promener, de maintenir des liens de qualité avec sa famille et de s'occuper de ses petits-enfants. Il en concluait que la symptomatologie n'avait jamais été suffisante pour

- 21 - permettre d'individualiser un épisode dépressif, étant précisé que le suivi psychiatrique et psychologique étaient désormais tous deux interrompus. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a également écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, les éléments caractéristiques n'ayant pas été mis en évidence. Selon l'expert, il n'était retrouvé aucune détresse psychologique chez l'assurée qui, au contraire, était euthymique malgré des allégations de tristesse, et gardait confiance et optimisme. La recourante semblait garder une belle autonomie au quotidien et participait à la tenue du foyer bien que secondée par sa famille. Elle ne multipliait pas les avis spécialisés, les investigations paracliniques et les rendez-vous médicaux et elle ne ruminait pas sur ses douleurs. Elle n'avait recours que très ponctuellement au traitement antalgique et était en mesure de se rendre en ville à pied, de conduire, de rendre visite à sa fille, de recevoir des invités à son domicile et de voyager (11 heures de train l'été précédent). Il n'y avait pas d'empêchement d'interagir avec autrui et le lien conjugal et plus largement familial était stable et de qualité, ce qui permettait à l'expert de conclure à la présence de belles ressources et d'exclure formellement toute notion de trouble somatoforme douloureux chez une assurée ne présentant aucun trouble psychiatrique décompensé. L'expert psychiatre a encore expliqué qu'il ne pouvait retenir aucun trouble anxieux chez une assurée qui ne présentait aucune tension ou irritabilité, aucun trouble du sommeil et aucune difficulté de concentration ou de mémorisation malgré une propension à se faire du souci facilement du fait de traits évitants et d'une nature basale anxieuse non décompensée. Les trois à quatre phénomènes anxieux paroxystiques à l'année relatés par la recourante ne permettaient pas de retenir un trouble panique du fait du trop faible nombre d'épisodes. L'expert ne constatait aucun rituel, TOC [troubles obsessionnels compulsifs], ni aucune crainte spécifique ou phobie sociale incapacitants. Selon son appréciation et son examen, le Dr B. \_\_\_\_\_ ne retrouvait donc pas les éléments avancés par le Dr V. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 13 mai et 25 novembre 2022 évoquant un état anxiodépressif, une phobie sociale et des TOC, respectivement des attaques de panique, soulignant en outre que de tels

- 22 - diagnostics n'avaient jamais été évoqués par le Dr X. \_\_\_\_\_ qui, pour sa part, mentionnait un état dépressif dans son rapport du 15 novembre 2021. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a finalement attesté d'une pleine capacité de travail depuis toujours, sans limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique. c) La recourante reproche au SMR, respectivement à l'OAI, de n'avoir pas pris en compte les atteintes ressortant de rapports médicaux postérieurs à l'expertise. Elle prétend en effet que le SMR n'a pas examiné le rapport du 15 octobre 2024 du Prof. D. \_\_\_\_\_, faisant état de la présence d'une fibromyalgie de type péri-ménopause, avec arthromyalgie diffuse, enthésiopathie et tendinopathie, soit des maladies qui étaient absentes au moment de l'évaluation par les experts, lesquelles avaient en particulier exclu tout signe de fibromyalgie. La recourante soutient que, pour ce seul motif, l'admission du recours et le renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction seraient justifiés. aa) On relèvera, en premier lieu, que le rapport du 15 octobre 2024 du Prof. D. \_\_\_\_\_ avait pour objet une évaluation à une hospitalisation multimodale, au terme de laquelle il a conclu que la recourante était une bonne candidate pour ce programme et serait hospitalisée à cet effet du 11 au 22 novembre

suiuants. On observera, à cet égard, que si ce médecin mentionne effectivement une fibromyalgie dans ce rapport d'évaluation, ce diagnostic n'est pas repris en tant que tel dans son rapport d'hospitalisation subséquent, rédigé le 14 janvier 2025. Par ailleurs, il sied de constater que, contrairement à ce que prétend la recourante, le SMR a bien pris en compte les rapports précités et expliqué les motifs pour lesquels il considérait qu'ils n'apportaient pas d'élément permettant de modifier son appréciation, notamment par le fait que les plaintes de la recourante en lien avec ses douleurs diffuses dans le cadre de lombosciatalgies chroniques étaient connues de longue date, avaient été prises en charge par les Dr V. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ et leurs

- 23 - analyses respectives discutées par les experts du F. \_\_\_\_\_ (cf. avis SMR du 30 janvier 2025). bb) Pour le reste, il y a lieu de constater que les rapports précités, produits par l'assurée dans le cadre de ses objections, ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions expertales. Le rapport du 14 janvier 2025 du Prof. D. \_\_\_\_\_ décrit un tableau complexe de lombosciatalgies dégénératives et biomécaniques, dorsalgies interscapulaires, gonalgies principalement gauches sur syndrome fémoro-patellaire, arthrose débutante des mains (articulation interphalangienne distale), possible désordre de spectre de l'hypermobilité historique, et antécédents multiples (fibromyalgie de type péri-ménopause avec arthromyalgie, enthésiopathie et tendinopathie, troubles du sommeil et migraines, syndrome anxio-dépressif, surpoids avec BMI [Body Mass Index] de 29, hypermobilité, polyarthrose cervicale et lombaire, discopathie diffuse et rétrécissement lombaire spinal de grade D anamnestique). Il constate que les douleurs sont anciennes, chroniques, diffuses et invalidantes, avec troubles du sommeil, fatigue, kinésiophobie et catastrophisme. Il relate une hospitalisation du 11 au 22 novembre 2024 pour un bilan étiologique multidisciplinaire et un traitement multimodal de la douleur (rhumatologie et médecine physique et de réhabilitation, médecine interne, gynécologie, antalgie, ostéopathie, chiropraxie, physiothérapie, ergothérapie, sommeil, psychiatrie), dont le bénéfice immédiat s'est révélé limité. Les tests standardisés ont mis en évidence un niveau élevé de douleur, d'incapacité fonctionnelle et de limitations dans la vie quotidienne. Le consensus de l'équipe a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, et une capacité de travail maximale de 30 % dans une activité adaptée. On relèvera ici que le rapport en question fait suite à un séjour de la recourante pour un traitement multimodal de la douleur. Or un tel traitement, par essence, se fonde, pour une part importante, sur les plaintes du patient et, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral, la douleur,

- 24 - par sa nature, est essentiellement subjective et ne peut pas, selon l'état actuel de la science médicale, être objectivée par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie (cf. TF 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.3 et les références citées). Cela étant, le rapport en question n'a pas de but expertal mais relate essentiellement des constatations somatiques et fonctionnelles, les plaintes de la recourante et les thérapies testées durant le séjour. Il atteste, pour l'essentiel, de la chronicité et de la complexité de la symptomatologie douloureuse. Toutefois, il ne contient pas d'éléments nouveaux de nature clinique ou diagnostique, propre à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, les experts du F. \_\_\_\_\_ ont procédé en leur temps à une évaluation spécialisée et approfondie de la capacité de travail, selon une méthodologie reconnue et pluridisciplinaire, alors que le rapport du Prof. D. \_\_\_\_\_ se limite à décrire un état douloureux subjectivement invalidant sans démontrer d'atteintes objectivement invalidantes supplémentaires. En outre, le médecin précité, qui retient une capacité de

travail maximale de 30 % dans une activité adaptée, ne définit pas de limitations fonctionnelles précises qui n'auraient pas été prises en compte par les experts, ni n'établit de corrélation médicale stricte entre les diagnostics posés et la capacité de travail résiduelle retenue. Enfin, le rapport met également en exergue le fait que la peur d'avoir mal exerce une grande influence sur les attitudes de la recourante. d) Au vu de ce qui précède, les documents produits par la recourante ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou en établir le caractère incomplet. Il convient donc de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du F. \_\_\_\_\_ établi le 12 septembre 2023, dont la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter. Partant, il sied de suivre les conclusions des experts et de retenir que la recourante a présenté une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, dès février 2021, et une pleine capacité de travail, depuis toujours, dans une activité adaptée aux limitations - 25 - fonctionnelles, à savoir un travail permettant d'éviter les efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg ainsi que les de porte-à faux du buste et de limiter le port de charge proche du corps à 5 kg.

#### **E. 7**

Sur le plan économique, la recourante ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, ni le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires ou le calcul du taux d'invalidité, lequel aboutit à un degré d'invalidité de 5 %, respectivement de 14 % dès le 1er janvier 2024 (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), n'atteignant pas le seuil de 40 % et, partant, n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). Vérifiés d'office, ces éléments peuvent être confirmés. Pour le surplus, le taux d'invalidité, inférieur à 20 %, n'ouvre pas le droit à des mesures d'ordre professionnel.

#### **E. 8**

a) En définitive, le recours, mal fondé, 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. 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). d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice. Les frais mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais 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

- 26 - 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 du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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