

VD_GERICHTE ZD25.009807 vom 5. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.009807

FR: VD_GERICHTE ZD25.009807 du 5 mars 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.009807 del 5 marzo 2026

Erwägungen

E. 17

février 2023. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir, au plus tôt, que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), mais quoi qu'il en soit un an après le début de son incapacité de travail durable (cf. art. 28 al. 1 LAI), à savoir le 1er février 2024. Il doit donc être fait application du droit en vigueur dès le 1er janvier 2022. 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). 10J010

- 9 - 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) 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). 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 10J010

- 10 - 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 d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100%, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite, ou supprimée. 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_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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 10J010

- 11 - 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) 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_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 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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 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 l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 10J010

- 12 - 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). 6. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée par la recourante le 17 février 2023, qu'il a instruite en mettant en œuvre une expertise bidisciplinaire, confiée au P. _____, en particulier à la Dre F. _____ (médecine physique et réadaptation) et au Dr B. _____ (psychiatrie). Se fondant sur le rapport d'expertise établi par ces médecins le 3 septembre 2024, ainsi que sur les avis du SMR des 27 septembre 2024 et 5 février 2025, l'intimé a reconnu que l'état de santé de la recourante s'était aggravé à compter du mois de février 2023. Néanmoins, si, en raison de cette aggravation, la recourante avait présenté depuis lors une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, elle disposait encore d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante critique cette approche, estimant que l'expertise du P. _____ n'a pas de valeur probante suffisante, en particulier quant aux diagnostics posés et quant aux limitations fonctionnelles retenues. A ces égards, elle se prévaut essentiellement des rapports de ses médecins traitants qu'elle a produits tant lors de l'instruction qu'en procédure de recours. b) Il ressort du rapport d'expertise du 3 septembre 2024, en particulier de l'évaluation consensuelle réalisée par les experts, que la recourante souffrait principalement de cervicalgies mal systématisées 10J010

- 13 - (M50.3) et de lombosciatalgies (M51.3), sur une cervicarthrose et une spondylarthrose lombaire postérieure. Selon les experts, ces atteintes somatiques, reconnues comme durablement incapacitantes par le SMR, lui occasionnaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position prolongée de la tête penchée en avant, pas de port répété de charges supérieures à 5 kg, pas de position statique prolongée assise ou debout avec alternance des positions à la guise de l'expertisée, pas de position prolongée ou répétée en porte-à-faux sur le tronc. Les experts n'ont pour le surplus pas posé de diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique, ni n'ont défini de limitations fonctionnelles dans ce registre. c) En l'occurrence, aucun élément ne permet de remettre en cause les conclusions du P. _____. aa) Sur le plan somatique, la Dre F. _____ a procédé à une analyse circonstanciée des points litigieux, ayant posé ses diagnostics à la suite d'un entretien et d'une anamnèse complète ainsi que sur la base d'éléments d'imagerie, qui avaient objectivé des atteintes arthrosiques, au niveau cervical et lombaire, d'une ampleur incompatible avec son activité professionnelle habituelle. Cela étant, en dépit des diagnostics posés, il était fait

état de status articulaires et neurologiques qui n'étaient pas déficitaires, les amplitudes articulaires étant plutôt conservées dans tous les segments périphériques et axiaux. L'experte avait à cet égard mis en exergue une légère exagération de la symptomatologie, les douleurs alléguées apparaissant amplifiées par rapport aux constatations objectives ; cette exagération n'était cependant pas intentionnelle, mais pouvait être mise sur le compte de facteurs contextuels défavorables, tels que son licenciement et l'absence de perspective concrète dans un poste adapté. Pour le reste, l'experte avait décrit une assurée autonome dans ses déplacements et dans les activités de la vie quotidienne, hormis le fait qu'elle avait besoin de l'aide de ses enfants pour les activités ménagères lourdes. Les rapports médicaux produits par la recourante ne sont pas de nature à faire susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions de 10J010

- 14 - l'expertise du P. _____ et ne permettent pas de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante. En effet, à l'instar du SMR (cf. avis du 5 février 2025), on relèvera que le rapport du 28 octobre 2024 du Dr R. _____, qui ne se prononce ni sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles, n'amène pas d'élément objectif nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par l'experte C. _____. En particulier, les cervicalgies chroniques décrites par le neurologue entrent dans le cadre des cervicobrachialgies mal systématisées retenues par l'experte précitée. Le status neurologique est décrit comme normal et le status ostéo-articulaire est globalement superposable et sans différence significative par rapport à celui décrit dans le rapport d'expertise somatique. En outre, les limitations fonctionnelles mentionnées par la Dre F. _____ prennent déjà en compte les atteintes au niveau cervical et les douleurs en lien avec ces atteintes. A cet égard, le Dr R. _____ ne retient pas de limitations fonctionnelles spécifiques qui s'ajouteraient à celles décrites par l'experte C. _____. Pour ce qui est du rapport du 11 novembre 2024 du Dr S. _____, celui-ci fait état d'un nouveau diagnostic à l'origine d'une incapacité de travail seulement transitoire. Le chirurgien de la main confirme en effet une capacité de l'assurée à reprendre une activité adaptée à 100% dès le 1er novembre 2024, soit deux mois après l'intervention réalisée le 30 septembre 2024, sans baisse de rendement et sans faire mention de limitations fonctionnelles durables. Ce rapport n'est pas donc pas susceptible de jeter le doute sur les conclusions de l'experte F. _____, l'atteinte à la main droite n'entraînant ni incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles durables. Quant au rapport du 1er décembre 2024 de la Dre D. _____, produit par la recourante dans le cadre de la procédure de recours, en lien avec une scintigraphie osseuse réalisée le 28 novembre 2024, il ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'experte du P. _____. Comme l'a relevé le SMR (cf. avis du 9 mai 2025), les remaniements dégénératifs principalement au niveau rachidien en faveur d'une polyarthrose rachidienne mentionnées dans le rapport en question sont compatibles avec les diagnostics de cervicarthrose et de spondylarthrose 10J010

- 15 - lombaire postérieure retenues par l'experte F. _____ et engendrent des limitations fonctionnelles qui correspondent à celles décrites par l'experte précitée. Il convient ainsi de reconnaître une pleine valeur probante au volet somatique du rapport d'expertise du P. _____. bb) Sur le plan psychiatrique, l'analyse opérée par le Dr B. _____ s'avère tout aussi convaincante. Cet expert a ainsi exposé de manière précise les raisons pour lesquelles il n'y avait pas lieu de retenir l'existence chez l'expertisée d'un diagnostic durablement incapacitant sur le plan psychiatrique, mais tout au plus une dysthymie (F34.1), qui n'avait pas de répercussions sur sa capacité de travail, laquelle demeurait

entière sous l'angle psychiatrique. En effet, depuis plusieurs années, l'assurée présentait un pessimisme, une humeur triste et une baisse de l'élan vital avec des idées suicidaires passagères mais l'expert psychiatre a considéré qu'il n'y avait pas assez d'éléments pour retenir un épisode dépressif. Il ne retrouvait notamment pas de ralentissement psychomoteur, ni de troubles de la mémoriation et les troubles du sommeil étaient gérés grâce à l'hypnose. En outre, l'évaluation des ressources selon la mini-CIF APP montrait que celles-ci étaient préservées. De même, l'expert psychiatre a émis des critiques à l'égard des diagnostics retenus par la Dre J. _____, expliquant également les raisons pour lesquelles un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif récurrent devaient être écartés. En particulier, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, l'expert B. _____ a relevé que l'assurée ne présentait pas de douleurs morales majeures en raison des douleurs, qu'il n'y avait pas de sollicitation accrue de l'entourage, que les douleurs avaient débuté avant la symptomatologie dépressive et qu'il n'y avait en outre pas eu de manifestations douloureuses très intenses durant l'entretien. Pour ce qui était du trouble dépressif récurrent, l'expert n'a pas retenu d'antécédents de dépression, ce qui excluait un tel diagnostic. Il a encore écarté, en motivant son propos, les diagnostics de modification durable de la personnalité, d'état de stress post-traumatique, d'anxiété généralisée, de trouble obsessionnel compulsif, d'addiction, de trouble de la personnalité paranoïaque, histrionique, 10J010

- 16 - évitante, dépendante, anankastique ou émotionnellement labile. Les conclusions du Dr B. _____ rejoignent en outre celles du Dr M. _____, lequel avait fonctionné comme expert en octobre 2023, mandaté par l'assureur perte de gain. Celui-ci avait en particulier expliqué de manière très détaillée pour quelles raisons il ne retenait aucun diagnostic incapacitant dans le registre psychiatrique et pour quels motifs il écartait les diagnostics posés par les médecins traitants. Tout comme la Dre F. _____, le Dr B. _____ a fait état d'une légère exagération de la symptomatologie chez la recourante, laquelle demeurait par ailleurs autonome pour ses activités quotidiennes. Le rapport du 17 novembre 2024 de la Dre J. _____ n'est pas propre à jeter le doute sur l'appréciation de l'expert B. _____. En effet, la psychiatre traitante pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ainsi que de trouble anxieux, sans précision (F41.9). Ces diagnostics ont déjà été retenus avant le rapport d'expertise du P. _____ et la Dre J. _____ n'amène aucun élément nouveau dont les experts n'auraient pas tenu compte ou qu'ils auraient ignoré. En particulier, il y a lieu de constater, avec le SMR (cf. avis du 5 février 2025), que la médecin précitée n'étaye pas les diagnostics posés ni ses conclusions et ne précise pas en quoi son analyse diffère de l'interprétation des deux experts psychiatres, qui ont justifié de manière détaillée leurs appréciations. Elle se limite à affirmer qu'elle n'est pas d'accord avec le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert B. _____ sans en indiquer les raisons. En tant que la recourante se plaint que l'expert psychiatre ne se soit pas prononcé sur l'impact des troubles anxieux et dépressifs, des douleurs et de la fatigue dans un contexte professionnel, mais uniquement eu égard à ses activités de la vie quotidienne, il faut tenir compte du fait qu'à la date de l'expertise, la recourante avait cessé toute activité professionnelle, l'expert ayant à cet égard mis en lumière le fait que la dysthymie diagnostiquée était à mettre en lien notamment avec le contexte psycho-social (licenciement), qu'elle avait mal vécu. Pour le reste, l'expert a fait état des ressources dont la recourante disposait, non seulement dans 10J010

- 17 - le cadre de la vie quotidienne, mais également sur le plan professionnel (capacité de planifier et structurer les tâches, de s'adapter aux règles et routines, de respecter la hiérarchie et les procédures, d'exprimer son point de vue, de travailler avec les autres, de prendre soin de soi). On relèvera au demeurant que, pour sa part, le Dr M. _____ avait retracé de manière plus précise les difficultés que la recourante avait rencontrées dans le cadre professionnel (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 10 octobre 2023, pp. 9 à 11). Il en a, pour autant, tiré les mêmes conclusions quant à l'absence de diagnostic incapacitant. c) Partant, compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 3 septembre 2024 du centre d'expertises P. _____, sous réserve de la date de l'inexigibilité de l'activité habituelle exercée par la recourante, qui remonte à février 2023 (cf. avis SMR du 27 septembre 2024) et non à 2019. 7. Cela étant précisé, il convient de déterminer le degré d'invalidité que la recourante présente. a/aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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 (OFS). bb) 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 10J010

- 18 - raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, nos 25 et 33 ad art. 16). 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). cc) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. b) S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé l'a arrêté à 69'451 fr. 20, sur la base des indications fournies le 25 juillet 2023 par T. _____ SA, employeur de la recourante, chez lequel elle exerçait, à 50% depuis août 2021, son activité d'employée de production en boulangerie industrielle et après indexation de 0,8%. Or l'indexation des salaires réels pour les femmes correspond à 1,5% en 2024 (cf. tableau

T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels
10J010

- 19 - 2010-2024 »). Le revenu sans invalidité doit ainsi être fixé à 69'933 fr. 50 (salaire à 50% de 34'450 fr. x 2 [100%], indexation de 1,5%). c/aa) En ce qui concerne le revenu avec invalidité, l'intimé a estimé que la recourante était en mesure d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, comme ouvrière dans le conditionnement, comme aide-administrative (réception, scannage et autres), s'agissant d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. bb) Se plaignant d'arbitraire, la recourante objecte que les activités énumérées par l'intimé correspondent aux caractéristiques du poste de collaboratrice de production dans une boulangerie industrielle. Or l'intimé avait précisément retenu que cette activité n'était plus exigible. La recourante ne saurait être suivie, son ancien poste ne pouvant pas être assimilé à un travail dans le domaine industriel dit « léger ». On relèvera en effet que, selon le descriptif de l'activité établi par T. _____ SA (cf. questionnaire pour l'employeur complété le 25 juillet 2023), la recourante était chargée de travaux substantiels de manutention (mise en caisse, palettisation, mise sur chars de plaque de cuisson, déplacement de ceux-ci), à raison de 34 à 66% de son temps (soit 3 à 5 heures par jour). Elle devait dans ce contexte marcher et rester debout, ainsi que régulièrement soulever ou porter des charges jusqu'à 10 kg. A l'évidence, il existe sur le marché du travail des activités adaptées, plus légères et moins exigeantes physiquement, qui permettent à la recourante de respecter les limitations fonctionnelles définies par l'intimé. cc) L'intimé a fixé le revenu avec invalidité à 49'951 fr. 19, en tenant compte d'une indexation de 0,8% pour 2023 et 2024. Or l'indexation se monte à 1,8% en 2023 et à 2,6% en 2024 (cf. tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 10J010

- 20 - 2010-2024 »). Il convient donc d'arrêter le revenu d'invalidité à 51'354 fr. 46, correspondant au salaire moyen perçu par une femme exerçant une activité relevant du niveau de compétence 1 (cf. ESS 2022, tableau TA1, total femmes, niveau de compétences 1), après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures (cf. OFS, Durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine) et après indexation à 2024 et prise en compte de la déduction de 10% prévue par l'art. 26bis al. 3 RAI (salaire mensuel de 4'367 fr. pour 40 heures x 41.7 heures x 12 mois, indexation de 1,8% en 2023 et 2,6% en 2024). Après comparaison du revenu sans invalidité (69'933 fr. 50) avec le revenu d'invalidité (51'354 fr. 46), il résulte un taux d'invalidité de 27%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). 8. Il reste encore à déterminer si la recourante peut bénéficier d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic

sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).
Le droit à 10J010

- 21 - une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.). b) En l'occurrence, la recourante ne conteste pas le refus de l'intimé de lui octroyer des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, ni les conclusions de son service de réadaptation aux termes desquelles il n'existe, dans la présente situation (âge, parcours professionnel, absence de formation), aucune mesure de réadaptation simple et adéquate susceptible de réduire le préjudice (cf. rapport final du 4 octobre 2024). Il n'y a en l'occurrence pas matière à s'écarter de cette approche qui doit ainsi être confirmée. 9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 5 février 2025 par l'intimé confirmée. b) 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, celle-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice (cf. décision du juge instructeur du 5 janvier 2025), les frais fixés ci-avant sont 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 fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi 10J010

- 22 - 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 (anciennement : Service juridique et législatif ; 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 a contrario).

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