

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Tinguely, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

S. _____, à P ***, recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, divorcée, sans enfant, ressortissante H*** au bénéfice d'une autorisation d'établissement « C », sans formation certifiée, travaillait à 100 % en qualité de « responsable bar et animations » au sein du I._____, à P ***, depuis le 1^{er} mars 2019.

B. Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 11 août 2020, le Dr A._____, spécialiste en radiologie, a fait état d'une discopathie L5-S1, sans conflit radiculaire, et d'arthrose postérieure modérée en L4-L5 et L5-S1.

Le 19 août 2020, l'assurée a subi une intervention chirurgicale consistant en une discectomie [L4-L5] par voie antérieure et remplacement du disque par voie transpéritonéale avec une prothèse discale LDR de 13 mm de hauteur taille S et 5° de lordose (cf. protocole opératoire du 31 août 2020 du Dr D._____, spécialiste en neurochirurgie).

Dans une lettre de consultation du 24 novembre 2020, le Dr D._____ a indiqué que l'assurée avait fait une chute dans les escaliers la veille, entraînant une contusion lombaire traumatique avec volumineux hématome sous-cutané douloureux. Une radiographie du rachis lombaire avait toutefois permis d'écarter une complication sur la prothèse ou une fracture.

Sur demande de U._____, assureur perte de gain maladie de l'employeur, une expertise de l'assurée a été confiée à la Dre F._____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 24 juin 2021, l'experte a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire (M54.5 et M51.9), de conflit sous-acromial bilatéral, de lésion intra-utérine non précisée (avec bilan gynécologique en cours), de syndrome inflammatoire avec une anémie possiblement inflammatoire d'origine indéterminée, de cardiopathie rythmique avec palpitations et

tachycardie (avec bilan cardiologique en cours), ainsi qu'un probable état anxiodépressif réactionnel. Pour l'experte, durant la période d'investigations complémentaires, la capacité de travail de l'assurée était nulle, compte tenu d'un état douloureux inexpliqué associé à un syndrome inflammatoire. Elle estimait toutefois qu'une fois les diagnostics clarifiés et un traitement adapté entrepris, la reprise du travail dans l'activité habituelle était tout à fait envisageable.

Dans un rapport du 28 juillet 2021, la Dre G._____, spécialiste en cardiologie, a indiqué avoir reçu l'assurée en raison d'une dyspnée et de douleurs thoraciques atypiques du côté droit, avec palpitations occasionnelles. Les résultats de contrôle cardiologique, comprenant un électrocardiogramme ainsi qu'une échocardiographie, étaient toutefois parfaitement rassurants. Pour la spécialiste, les symptômes rapportés étaient directement en relation avec ses douleurs lombaires.

Le 19 octobre 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour cause de maladie, en exposant souffrir de diverses atteintes, telles que *Helicobacter pylori*, une hernie discale L4-L5, ainsi qu'un myome, un adénomyome et un fibrome. Elle a par ailleurs précisé être en incapacité de travail totale depuis le 19 août 2020.

Dans un rapport du 17 novembre 2021, le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic de lombalgies chroniques communes. Il mentionnait, en tant que diagnostics secondaires, un syndrome douloureux chronique, une arthrose débutante aux doigts des mains, ainsi qu'une anémie ferriprive sur spoliation gynécologique. Le praticien estimait que des lombalgies communes ne devraient pas empêcher l'intéressée de poursuivre son activité de chanteuse, tout en précisant qu'il existait probablement d'autres raisons, d'origine non somatique, pouvant participer à la chronicisation et à l'amplification des plaintes algiques.

Par communication du 17 décembre 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés comprenant un entretien d'évaluation, un bilan et une préparation à l'emploi ou à un stage, auprès d'Y.____ (ci-après : Y.____), à P ***.

Le 8 avril 2022, l'assurée a bénéficié d'une infiltration facettaire L4-L5 et L5-S1 bilatérale sous CT (*Computed Tomography*) (cf. rapport du même jour du Dr E.____, spécialiste en radiologie).

Au terme d'un premier entretien du 9 mai 2022 auprès d'Y.____, la mesure d'intervention précoce a été interrompue. En raison de son état de santé physique - qui l'empêchait de gérer de manière autonome les activités de la vie quotidienne - et psychique ainsi que de ses faibles connaissances du français, l'assurée n'était pas en mesure d'effectuer un stage en vue de la reprise d'un emploi.

Dans un document intitulé « IP - Proposition de DDP » du 16 mai 2022, l'OAI a décidé de clôturer le mandat d'intervention précoce, estimant qu'aucune autre mesure ne se justifiait dans ce cadre.

Par communication du 17 mai 2022, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'elle poursuivait l'instruction de sa demande de prestations.

Dans un rapport du 23 mai 2022, le Dr Z.____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a fait état d'une capacité de travail nulle dans toute activité, en reprenant pour le surplus les diagnostics mentionnés par le Dr J.____.

Dans un rapport à l'OAI du 18 juillet 2022, la Dre M.____, spécialiste en gynécologie, a indiqué que l'assurée était connue pour une anémie sévère ainsi que des hyperménorrhées sur utérus adénomyosique, depuis 2016, aggravées en 2021 avec l'apparition d'un myome. L'intéressée avait bénéficié de perfusions de ferrinject en mars et

novembre 2021, suivies d'une hystérectomie en mars 2022. La praticienne expliquait que, d'un point de vue gynécologique, le problème de l'anémie spoliative avait dû être réglé par l'intervention chirurgicale et ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'intéressée.

Dans un rapport du 22 août 2022, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'assurée était suivie par ses soins depuis juin 2021 et l'apparition de tristesse, d'angoisses majeures, de troubles du sommeil et d'une perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne. Son pronostic quant à la capacité de travail de l'assurée était « assez sombre », dans la mesure où celle-ci se plaignait de douleurs importantes et persistantes au niveau du dos l'empêchant même d'accomplir des tâches de la vie quotidienne.

Le 22 septembre 2022, l'assurée a bénéficié d'une arthroplastie inter-épineuse L4-L5, avec infiltration de la néo-articulation transverso-sacrée L5-S1 droite avec Glucose 20 % (cf. compte-rendu opératoire du 27 septembre 2022 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans un avis médical du 9 mars 2023, le SMR, considérant que l'assurée présentait une situation complexe, avec des douleurs dorsales qui n'étaient pas expliquées par des lésions objectives ainsi que d'autres symptômes qui survenaient dans un contexte psycho-social difficile, a préconisé la poursuite de l'instruction médicale auprès de ses médecins traitants.

En réponse à la sollicitation de l'OAI, le Dr J._____ a indiqué, le 28 mars 2023, qu'après avoir revu ponctuellement l'assurée le 6 février précédent, il n'avait pas d'autres diagnostics ou propositions à formuler et renvoyait à son rapport du 17 novembre 2021.

Le 12 avril 2023, le Dr Z._____ a produit divers rapports, figurant déjà au dossier de l'OAI.

Dans un rapport à l'OAI du 28 mai 2023, le Dr N._____ a repris les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), en indiquant que l'évolution de l'état clinique de l'assurée était stationnaire. Les limitations fonctionnelles comprenaient des angoisses et des troubles de la concentration en raison de douleurs importantes. Le psychiatre ne se prononçait pas sur la capacité de travail de sa patiente, mais faisait état, néanmoins, d'un pronostic défavorable.

Le 1^{er} juin 2023, la Dre M._____ a fait savoir à l'OAI qu'elle n'était pas en mesure de répondre à ses questions dès lors qu'elle n'avait plus revu l'assurée depuis le 18 mars 2022.

Par avis médical du 27 juin 2023, le SMR a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, avec volets de rhumatologie et de psychiatrie.

Le 3 novembre 2023, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire au Bureau d'expertises médicales X._____ (ci-après : le X._____), à L***. Dans leur rapport communiqué le 7 janvier 2024, les Drs R._____, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et réadaptation, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics somatiques incapacitants de status après mise en place d'une prothèse discale L4-L5, de status après arthroplastie interépineuse L4-L5 et infiltration de néo-articulation transversosacrée L5-S1 à droite, de syndrome lombo-vertébral chronique avec incompétence de la musculature pelvienne et arthrose facettaire étagée et de syndrome acromio-claviculaire des deux côtés. L'expert rhumatologue mentionnait, en outre, les diagnostics non incapacitants de fibromyalgie avec un score de Wolfe à 27/31 points, de déconditionnement physique, d'excès de poids avec un BMI [*Body Mass Index*] à 29,3, de *Failed Back Surgery Syndrom* et d'arthrose débutante

des mains. Du point de vue psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant n'était retenu, étant néanmoins mentionnés une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles, qui relevaient exclusivement du registre somatique, devaient permettre l'alternance des positions assise et debout, en évitant d'effectuer des gestes avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, d'éviter toutes les activités demandant une sécurité augmentée sur une échelle ou un escabeau, ainsi que les activités demandant une posture non ergonomique pour le rachis, ainsi que le port de charges supérieures à 5 kg hors de l'axe du corps. Les experts retenaient finalement que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'assurée conservait toutefois une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, dès le 20 février 2021, soit six mois après l'intervention chirurgicale lombaire.

Aux termes d'un rapport d'examen du 15 janvier 2024, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis des experts du X._____, dont les conclusions étaient convaincantes et cohérentes avec leurs constatations objectives.

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 9 février 2024, l'OAI, reprenant les conclusions du rapport d'intervention précoce établi par Y._____ le 9 mai 2022, a retenu qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable. L'OAI a rappelé que dans le cadre de l'intervention précoce, l'assurée avait bénéficié d'une mesure externalisée auprès d'Y._____. Au cours du premier entretien, l'assurée avait indiqué ne pas parvenir à gérer de manière autonome les activités de la vie quotidienne et souffrir aussi bien sur le plan physique que psychique. Il avait par ailleurs été constaté que l'intéressée disposait de très faibles connaissances du français. Au vu de cette situation, la mesure avait été interrompue.

Dans des documents des 9 et 16 février 2024 intitulés « calcul du salaire exigible », respectivement « examen du droit à la rente » les exemples d'activités adaptées suivantes étaient mentionnés : « [...] travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement ».

Par projet de décision du 16 février 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a retenu qu'à l'échéance du délai d'attente de six mois après le dépôt de sa demande, soit le 19 avril 2022, elle présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle. Néanmoins, il ressortait du dossier que l'intéressée conservait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir un travail permettant d'alterner les positions assise et debout, d'éviter les activités sur les échelles et escabeaux ou demandant une posture non ergonomique pour le rachis et le port de charge de plus de 5 kg, ainsi que les activités avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Après comparaison des revenus, en 2022, le degré d'invalidité était de 15,15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le calcul du degré d'invalidité avait été adapté au 1^{er} janvier 2024, date à laquelle le règlement de l'assurance-invalidité prévoyait une déduction automatique de 10 % sur le revenu d'invalidité. Le degré d'invalidité de 24 % ainsi obtenu était toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, en dépit d'un taux d'invalidité supérieur à 20 %, aucune mesure professionnelle n'était envisageable. L'assurée avait cependant droit à une aide au placement, qu'elle pouvait solliciter par le dépôt d'une demande écrite.

Dans un rapport du 5 mars 2024, le Dr J._____, qui avait revu l'assurée en février 2024, a indiqué que le tableau clinique rhumatologique n'avait pas connu de réelle modification depuis octobre 2021. L'examen de la coiffe des rotateurs était normal, sans synovites et les zones gâchette de fibromyalgie (points de Smythe) étaient douloureux, témoignant un phénomène de sensibilisation centrale à la douleur. Le

spécialiste a rappelé que l'assurée présentait, au moins depuis 2018, un tableau clinique très suggestif d'une fibromyalgie, à savoir en particulier des douleurs diffuses, mal systématisées, de localisation variable et fluctuante, en zone cervico-scapulo-lombaire, mais aussi aux mains avec sensation subjective de manque de force, aux coudes, aux genoux, alors que l'existence d'autre type de rhumatismes avait pu être exclue. Le spécialiste préconisait de veiller à une bonne hygiène de vie et à poursuivre le suivi psychiatrique. S'agissant de la capacité de travail sur le plan rhumatologique, le Dr J._____ a indiqué partager les conclusions de l'OAI, à savoir 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par celui-ci.

Dans un rapport du 6 mars 2024, la Dre G._____, qui avait revu l'assurée pour un contrôle, a fait état d'un examen cardiologique, via appareil Holter, rassurant. Selon la spécialiste, les symptômes de l'assurée étaient essentiellement liés à son état dépressif et à ses douleurs.

Par pli du 13 mars 2024, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné, en niant en particulier disposer d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 14 mars 2024, le Dr Z._____ a listé les diagnostics suivants : lombalgies chroniques communes, syndrome douloureux chronique, arthrose débutante aux doigts des membres supérieurs bilatérale, status post-prothèse discale L4-L5, syndrome de Bertolotti L5-S1 droit, fibromyalgie, personnalité histrionique (F60.4), trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1) et (*sic*) « non reconnaissance souffrance peut entraîner risque automatique, hétéro-agressivité ou idées suicidaires ». Précisant avoir vu l'assurée régulièrement depuis mars 2021 en tant que médecin traitant, il a ajouté ce qui suit (*sic*) : « vue cette personnalité complexe du point de vue physico-psychique, nous sommes probablement devant un échec thérapeutique ».

Par rapport du 29 mars 2024, le Dr N._____ a fait mention des diagnostics d'épisode dépressif sévère avec syndrome somatique dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, de modification de la personnalité et de fibromyalgie. Selon le psychiatre, l'état clinique de l'assurée, qui bénéficiait depuis novembre 2023 d'un traitement d'électroconvulsivothérapie, sans amélioration, s'était péjoré. Il estimait en outre que la capacité de travail de l'assurée était nulle et que la perspective de reprendre une activité professionnelle, même dans une activité adaptée, était illusoire.

Dans un rapport du 13 mai 2024, le Dr P._____ a indiqué que sa patiente n'était plus en mesure d'effectuer une profession physique nécessitant le soulèvement ou le déplacement de charges, ni une activité obligeant à des déplacements importants. Il lui était également nécessaire de pouvoir alterner la position assise ou debout et les positions à genoux et en porte-à-faux du dos étaient proscrites. Le Dr P._____ a toutefois relevé que l'exigibilité telle que décrite ne tenait pas compte des troubles fibromyalgiques, ni des troubles psychiques, qui avaient une répercussion sur la capacité de travail. Il estimait dès lors difficile d'évaluer la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

Dans un avis médical du 18 juin 2024, le SMR a estimé que les différents rapports médicaux produits par l'assurée dans le cadre de sa contestation à l'encontre du projet de décision refusant son droit aux prestations n'apportaient pas d'élément médical nouveau ou attestant d'une modification significative de son état de santé, tant sur le plan somatique que psychique.

Par décision du 20 juin 2024, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, confirmant en tout point son projet du 16 février précédent.

Dans une prise de position du même jour, l'OAI a indiqué que les rapports médicaux produits à l'appui des objections de l'assurée

n'apportaient pas d'éléments de nature à mettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Par acte du 12 août 2024, S. _____ a interjeté recours contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal, en concluant à son annulation, en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui était octroyée et qu'un « examen indépendant pluridisciplinaire » était ordonné. Elle a, en outre, déposé une requête d'assistance judiciaire. Se prévalant des rapports de ses médecins traitants, elle a fait valoir que son état de santé, tant physique que psychique, s'était continuellement péjoré, entraînant une incapacité totale de travail. La recourante, se référant par ailleurs à l'ancien principe jurisprudentiel de la présomption de surmontabilité, estimait qu'il se justifiait d'admettre le caractère invalidant de ses atteintes, assimilables à un trouble somatoforme douloureux.

Par décision du 18 septembre 2024, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 12 août 2024, sous la forme d'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 23 octobre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. L'OAI a notamment relevé que les experts du X. _____, dont les conclusions avaient toute valeur probante, avaient soigneusement expliqué pour quelles raisons ils n'avaient pas retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant ni d'autre diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique. Pour le reste, les atteintes somatiques n'empêchaient pas l'assurée d'exercer une activité adaptée à 80 %. L'intimé rappelait encore, en renvoyant pour le surplus à l'avis SMR du 18 juin 2024, que les rapports médicaux postérieurs à l'expertise n'apportaient pas d'éléments médicaux permettant de s'écarter de ses conclusions.

Le 20 novembre 2024, la recourante a produit notamment un rapport du 10 septembre 2024 accompagné d'annexes, aux termes duquel

elle avait consulté le service des urgences du CHUV en raison de douleurs thoraciques. Selon le Dr T._____, médecin assistant, les examens réalisés étaient revenus dans les normes et permettaient d'attribuer une origine musculosquelettique, voire anxieuse, aux douleurs rapportées.

Par pli du 1^{er} mai 2025, la recourante a produit un rapport du 15 avril 2025 du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel l'état psychique de l'intéressée, qui présentait un trouble dépressif sévère (F32.2), ne s'était pas durablement amélioré malgré de nombreuses lignes de traitements antidépresseurs et de neuromodulation. Le spécialiste faisait état d'un pronostic d'évolution défavorable et concluait à une capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique.

Le 12 décembre 2025, la recourante a produit un rapport du 10 décembre précédent du Dr P._____, selon lequel les résultats de l'examen de SPECT-CT (*Single Photon Emission Tomography*) pratiqué le 9 septembre 2025 étaient parfaitement rassurants, en ce qu'il montrait l'absence de complication au niveau de la prothèse discale L4-L5, respectivement de surcharge articulaire à ce même niveau. Le praticien, qui notait toutefois une légère réactivation inflammatoire au niveau L3-L4, proposait la réalisation d'une nouvelle infiltration spécifique. Il considérait, au vu du contexte global de la patiente, qu'il n'y avait pas lieu d'envisager la possibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée le 19 octobre 2021. Ce sont donc les dispositions en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 qui s'appliquent à la présente situation.

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). L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé 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.

5. a) 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).

b) 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).

c) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) 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 LPG, 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).

e) 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 citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

f) 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, se fondant sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire réalisée par le X._____, a estimé que la recourante disposait, à tout le moins en avril 2022, moment de la naissance d'un éventuel droit à une rente, d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir un travail permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant les activités sur échelles et escabeaux, évitant les activités demandant une posture non ergonomique pour le rachis et le port de charge de plus de 5 kg ainsi que les activités avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale.

Quant à la recourante, elle remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante de l'expertise, contestant avoir retrouvé une quelconque capacité de travail.

b) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire réalisé par le X._____ 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 les 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).

Sur le plan matériel, les experts ont posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, l'expert psychiatre 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 de s'écarter des conclusions du psychiatre traitant et 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.

c) aa) Du point de vue somatique, le Dr R._____ a pris en compte les diagnostics incapacitants de status après mise en place d'une prothèse discale L4-L5, de status après arthroplastie interépineuse L4-L5 et infiltration de néo-articulation transversosacrée L5-S1 à droite, de syndrome lombo-vertébral chronique avec incompétence de la musculature pelvienne et arthrose facettaire étagée, ainsi que de syndrome acromio-claviculaire des deux côtés. Sans répercussions sur la capacité de travail, l'expert a retenu une fibromyalgie, avec un score de Wolfe à 27/31 points, un *Failed Back Surgery Syndrom* compte tenu de la persistance des douleurs lombaires après les interventions chirurgicales,

et mentionne également un excès pondéral, un déconditionnement physique, ainsi qu'une arthrose débutante des mains.

Afin de tenir compte des interventions lombaires et dans le but d'éviter une aggravation des troubles dégénératifs lombaires, l'expert rhumatologue a retenu des limitations fonctionnelles, en ce sens qu'un travail adapté devait permettre à la recourante d'alterner les positions assise et debout, ainsi que d'éviter d'effectuer des gestes avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, les activités demandant une sécurité augmentée sur une échelle ou un escabeau, les activités exigeant une posture non ergonomique pour le rachis et le port de charges supérieures à 5 kg en dehors de l'axe du corps.

Alors qu'il admettait qu'une incapacité de travail totale devait être reconnue à l'intéressée dans son activité habituelle, qui ne respectait pas ces limitations, le Dr R. _____ a estimé que la recourante avait récupéré une capacité de travail de 80 % - soit une pleine capacité avec diminution de rendement de 20 % afin de tenir compte des douleurs et pour permettre le changement de position - six mois après la mise en place de la prothèse discale, en août 2020.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr B. _____ n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Sans incidence sur la capacité de travail, l'expert psychiatre a toutefois fait état d'un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1). Sur la base de l'anamnèse ainsi que de son examen clinique, l'expert a toutefois exclu la présence de trouble de la personnalité, de trouble dépressif récurrent, de trouble affectif bipolaire, ou de trouble des registres anxieux et psychotique.

L'expert psychiatre a constaté l'existence d'un épisode dépressif d'intensité légère, se traduisant par une baisse d'intérêt, une perte d'élan vital, une humeur triste, des troubles de concentration et du

sommeil. La recourante exprimait des idées suicidaires, que l'expert jugeait cependant peu crédibles. L'intéressée ne présentait par ailleurs pas de difficultés réelles de datation ou d'organisation de la pensée, ni de ralentissement psychomoteur, de fatigue ou de fatigabilité, ce qui permettait à l'expert d'écartier un épisode dépressif sévère.

Le Dr B._____ n'a pas retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant, dans la mesure où il n'a pas constaté la présence de douleurs chroniques accompagnées d'un sentiment de détresse et non expliquées entièrement par un processus physiologique. Le psychiatre notait en outre que l'intéressée était capable de faire quelques activités seule et qu'il n'y avait pas d'envahissement du champ de la pensée par la douleur, en relevant que la recourante n'avait pas présenté de manifestations douloureuses ni évoqué immédiatement ses douleurs lors de l'entretien, semblant s'adapter à la fonction de l'expert psychiatre.

En raison d'une mesure de PEth (phosphatidyléthanol) sanguin revenue à un taux de 120 µg/l, l'expert a également retenu une utilisation d'alcool nocive pour la santé, en considérant que ladite mesure révélait en tout cas une consommation plus importante qu'évoquée par l'intéressée, sans qu'aucun élément en faveur d'un syndrome de sevrage n'ait toutefois été identifié.

Le Dr B._____ a encore mis en évidence des incohérences tout au long de l'examen de la recourante, relevant, en particulier, une dramatisation, le fait que la recourante adaptait ses réponses aux questions posées, formulait des plaintes vagues, rapportait une baisse de relations sociales qui était en réalité moins prononcée que celle décrite, ainsi que des limitations qui n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie. L'expert notait également un certain nombre d'aptitudes psychiques conservées, de même que la présence de ressources externes. Il estimait que, bien que les difficultés financières entraînaient chez l'assurée une anxiété d'anticipation et une humeur triste, ses symptômes étaient toutefois amplifiés et entretenus, raison

pour laquelle il retenait un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

En référence à l'examen des indicateurs jurisprudentiels, l'expert psychiatre a conclu que ses constatations concrètes cliniques lui permettaient de retenir une atteinte à la santé, à savoir un épisode dépressif léger, sans toutefois que ce diagnostic puisse être considéré comme ayant un impact sur la capacité de travail.

Finalement, sur le plan thérapeutique, le Dr B. _____ a mis en doute l'indication du traitement par électroconvulsivothérapie prescrit par le psychiatre traitant, au regard des diagnostics retenus.

Au terme de son examen, le Dr B. _____ a attesté d'une pleine capacité de travail depuis toujours, sans limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique.

d) Pour l'essentiel, la recourante reproche aux experts du X. _____ de s'être éloignés de l'avis de ses médecins traitants, se référant aux rapports médicaux produits à l'appui de ses objections devant l'intimé et à l'appui de son recours.

aa) S'agissant du rapport établi le 5 mars 2024 par le Dr J. _____, il n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions des experts, dans la mesure où il constate que la recourante présente différentes manifestations de type fibromyalgique - diagnostic également retenu par les experts -, relève que le tableau clinique rhumatologique ne s'est pas modifié depuis 2021 et partage, du point de vue rhumatologique, l'analyse des experts quant à la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Il en va de même du rapport établi par la Dr G. _____ le 6 mars 2024, qui fait état d'un bilan rassurant sur le plan cardiaque.

Le rapport établi le 14 mars 2024 par le Dr Z._____ ne fait que lister une série de diagnostics, sans aucunement les motiver, et constate un probable « échec thérapeutique » au vu de la « personnalité complexe du point de vue physico-psychique » de la recourante. Outre qu'il ne se prononce ni sur la capacité de travail, ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles, ce rapport ne fait état d'aucun élément objectivement motivé, permettant de remettre en cause le bien-fondé des avis des experts.

Dans son rapport du 29 mars 2024, le Dr N._____ pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec syndrome somatique dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, de modification de la personnalité et de fibromyalgie. Il n'expose aucunement sur quels éléments il se fonde pour poser ces diagnostics, pas plus qu'il n'explique pour quels motifs les diagnostics de l'expert psychiatre seraient erronés ou en quoi son raisonnement écartant certains diagnostics ne pourrait être suivi. Les constats dont le Dr N._____ fait état, comme son appréciation de la capacité de travail de la recourante, sont par ailleurs les mêmes que dans son rapport du 28 mai 2023. Les conclusions du psychiatre traitant et les plaintes de l'assurée décrites par celui-ci ont été examinées dans le rapport d'expertise (cf. rapport d'expertise du 7 janvier 2024, pp. 27-28). Ces éléments, tout comme la mise en place d'un traitement par électroconvulsivothérapie, étaient connus des experts. Quant à l'aggravation prétendue de l'état clinique de la recourante, elle n'est pas davantage motivée, le Dr N._____ n'exposant pas sur quel élément il se fonde pour établir ce constat. Ce rapport ne permet ainsi pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise et n'apporte aucun élément nouveau en faveur d'une aggravation de l'état de santé de la recourante.

S'agissant du rapport établi par le Dr P._____ le 13 mai 2024, il fait état de limitations fonctionnelles, du point de vue orthopédique, pour l'essentiel, superposables à celles retenues par l'intimé. Le Dr P._____ souligne toutefois que l'exigibilité telle qu'il l'a décrite ne tient pas compte des troubles fibromyalgiques, ni des troubles

psychiques. Ceux-ci interférant sur la capacité de travail, il estime qu'il est difficile de s'exprimer sur celle-ci. Là encore, il ne figure, dans ce rapport, aucun élément nouveau ou propre à remettre en cause l'expertise.

bb) La recourante a également produit différents documents médicaux relatifs à une consultation aux urgences, le 10 septembre 2024, en raison de douleurs thoraciques. Le diagnostic retenu, après différents examens médicaux, était une douleur thoracique d'origine musculosquelettique (le diagnostic différentiel étant de l'anxiété) et la recourante avait été renvoyée chez elle sans traitement particulier. Outre qu'il n'est pas propre à démontrer une aggravation durable de l'état de santé de la recourante - vu le peu de gravité du diagnostic posé, l'absence de traitement ou d'incapacité de travail attestée - ce fait est, quoi qu'il en soit, postérieur à la décision attaquée du 20 juin 2024 et ne peut dès lors pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. La jurisprudence constante du Tribunal fédéral prévoit en effet que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

Les mêmes considérations s'appliquent au rapport du 10 décembre 2025 du Dr P._____. En effet, malgré le fait qu'il considère que la recourante n'est plus en capacité de reprendre une activité professionnelle au vu du « contexte global » de celle-ci, il fait, pour l'essentiel, état d'une situation stable sur le plan rachidien et ne démontre pas d'aggravation de son état de santé ni ne fait état de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas déjà été prises en compte. Au surplus, ce rapport est, lui aussi, postérieur à la décision attaquée.

cc) La recourante a encore transmis un rapport établi par le Dr K._____ le 15 avril 2025. Celui-ci, qui suit la recourante depuis le mois de mai 2024, pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), qu'il n'étaye toutefois aucunement. Il fait état des différents traitements suivis par la recourante, constatant

l'absence d'amélioration de son état psychique. C'est le lieu de rappeler que l'expert psychiatre avait mis en doute l'indication du traitement par électroconvulsivothérapie, au regard des diagnostics qu'il posait. Quant aux symptômes décrits par le Dr K. _____, ils sont superposables à ceux d'ores et déjà décrits par le Dr N. _____ et dont il est fait état dans le rapport d'expertise (cf. rapport d'expertise du 7 janvier 2024, pp. 27-28). Ceux-ci étaient connus des experts, qui en ont tenu compte dans leur appréciation, et ne permettent donc pas de démontrer une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il ne s'agit que d'une appréciation différente d'un même état de fait. Le Dr K. _____ conclut, là encore sans l'étayer, à une capacité de travail nulle. Ce rapport n'est ainsi pas propre à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise.

e) La recourante, se référant aux principes liés à l'ancienne présomption de surmontabilité (ATF 132 V 65 consid. 4), prétend qu'elle remplirait les critères permettant d'admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux.

Le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4.1 ; TF 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.3.2). Cela étant relevé, les principes liés à l'ancienne présomption de surmontabilité (ATF 132 V 65 consid. 4) ne sont en revanche plus applicables. Par conséquent, la recourante ne peut rien tirer des principes développés sous l'ancienne jurisprudence et son argumentation tombe à faux.

f) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, les différents documents produits par la recourante ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable – de nature clinique ou diagnostique – 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 établi le 7 janvier 2024, 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 toutes activités dès août 2020 et une capacité de 80 % dès février 2021 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir un travail permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant les activités sur échelles et escabeaux, évitant les activités demandant une posture non ergonomique pour le rachis et le port de charge de plus de 5 kg ainsi que les activités avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale.

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 15 %, respectivement de 24 % dès le 1^{er} janvier 2024 (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), n'atteignant pas le seuil de 40 % et, partant, n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). Vérifiés d'office, ces éléments peuvent être confirmés.

8. Se pose encore la question du droit de l'assurée à des mesures 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).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

b) En l'espèce, quand bien même le taux d'invalidité dépasse le seuil de 20 % ouvrant le droit à un reclassement professionnel, il faut admettre, avec l'intimé, qu'aucune mesure ne se justifie en l'occurrence (cf. « REA – Rapport final » du 9 février 2024).

On relèvera, au surplus, que les limitations fonctionnelles de la recourante lui permettent d'exercer de nombreuses activités ne nécessitant pas de formation particulière hormis une mise au courant initiale (activités légères visées par l'ESS, skill_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8), telles que listées par l'OAI, à savoir « [...] travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement » (cf. « calcul du salaire exigible » et « examen du droit à la rente » des 9 et 16 février 2024). L'intimé a, par ailleurs, accordé à la recourante une mesure d'aide au placement, qu'il lui est loisible de solliciter par le dépôt d'une demande écrite.

9. Le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'un « examen indépendant pluridisciplinaire », doit dès lors être rejetée.

En effet, la réalisation d'un tel examen, respectivement d'une expertise, ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. 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. 1^{bis} 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 *a contrario*).

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 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]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 juin 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. 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 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 :

- S. _____,
- 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 :