

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

A. _____, à U***, recourante,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est arrivée en Suisse à l'âge de huit ans après avoir fui la guerre qui sévissait en S***, d'où elle est originaire. Naturalisée suisse, elle est actuellement mariée et mère d'un enfant, né en novembre 2020. Sans formation professionnelle aboutie, elle est au bénéfice du revenu d'insertion depuis le 1^{er} octobre 2016.

Le 17 mars 2017, l'assurée a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant être en incapacité de travail à 30% depuis fin octobre 2015 en raison d' « arthrose et [de] hernie discale ».

Lors d'un entretien du 3 avril 2017 à l'OAI, l'assurée a produit un rapport d'IRM de la colonne lombaire réalisée le 1^{er} mars 2017, faisant état d'une discarthrose modérée L4-L5 et L5-S1, avec une protrusion discale paramédiane droite à l'étage L4-L5, sans compression radiculaire.

D'après un rapport initial du 6 avril 2017 du service de réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assurée effectuait une mesure d'insertion « [...] » ([...]), créée par l'Association BB._____. Elle rapportait rechercher une place de cuisinière et espérer que l'OAI l'aide à trouver une place d'apprentissage et la soutienne dans sa formation. Son cas a été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR), qui a constaté que l'activité de cuisinière n'était probablement pas adaptée à terme, compte tenu de la protrusion discale présentée par l'assurée. Toutefois, l'OAI a considéré qu'il n'était pas compétent pour une réinsertion, l'assurée étant déjà prise en charge dans le cadre de la mesure « [...] ».

Un nouveau formulaire de détection précoce a été déposé le 17 novembre 2017 par l'Association BB._____, en raison de la persistance de douleurs chez l'assurée.

Par communication du 22 novembre 2017, l'OAI a confirmé à l'assurée qu'il n'était pas indiqué de déposer une demande de prestations AI, sa situation médicale restant inchangée.

Le 20 mars 2018, un troisième formulaire de détection précoce a été déposé auprès de l'OAI, à nouveau par l'Association BB._____. Il y était joint un rapport du 16 février 2018 du Prof. W._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Centre anti-douleur, dans lequel ce médecin mentionnait que l'assurée souffrait d'une rupture partielle de l'anneau fibreux discal avec une stimulation des terminaisons nerveuses dans l'annulus provoquée par la substance irritante du noyau pulpeux, précisant que le seul traitement pour cette pathologie était chirurgical mais que compte tenu du jeune âge de l'assurée, il privilégiait un programme de reconditionnement physique et le port d'un corset permettant de supporter les positions assise et debout.

En conclusion d'un rapport initial de l'OAI du 10 avril 2018, l'assurée était invitée à déposer une demande de prestations.

Le 25 avril 2018, l'assuré a déposé une telle demande.

Dans un formulaire complété le 8 juin 2018, l'assurée a revendiqué un statut d'active à 100%.

L'assurée a suivi une mesure d'intervention précoce, prise en charge par l'OAI, sous forme de modules externalisés auprès d'UU._____, du 2 juillet 2018 au 21 décembre 2018. Au terme de cette mesure, l'assurée avait le projet d'entamer une formation dans le domaine de la bijouterie-joaillerie.

Par avis du 1^{er} mars 2019, le SMR a conclu qu'avec un traitement bien conduit, l'atteinte présentée par l'assurée devrait vraisemblablement permettre une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (épargne du rachis, absence de port de charges lourdes et possibilité d'alterner les positions).

L'instruction devait cependant être poursuivie notamment en recueillant les avis des médecins qui suivaient l'assurée.

Dans un rapport du 11 mars 2019, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de lombalgies itératives sur discopathie avec rupture de l'anneau fibreux L3-L4 depuis 2013 et de gastropathie à *Helicobacter pylori* depuis 2018. Selon ce médecin, la capacité de travail de sa patiente était alors impossible à évaluer et il suggérait la mise en œuvre d'une expertise.

Selon un rapport du 26 mars 2019 du Prof. W._____, l'assurée se préparait pour un programme de réinsertion intensif à l'I._____, précisant que des indices plaidaient en faveur d'une cause neurologique aux douleurs.

Par communication du 15 avril 2019, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant et qu'il poursuivait l'instruction de sa demande de prestations.

A la demande du SMR, le Prof. W._____, a, dans un courrier du 6 septembre 2019, répondu qu'il n'avait plus eu de contact avec l'assurée depuis 18 mars 2019 et qu'il n'était donc pas au courant de son status récent. Il s'est toutefois étonné, dans un rapport ultérieur du 11 octobre 2019, de ce que le SMR concluait à une capacité de travail entière de l'assurée.

Le Dr F._____, médecin généraliste, a, pour sa part, sommairement répondu le 12 novembre 2019, aux questions du SMR, en précisant que l'assurée ne disposait d'aucune capacité de travail et qu'aucun traitement n'était en cours. Il a renvoyé pour le surplus aux rapports du Prof. W._____.

Dans un rapport du 28 janvier 2020, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a indiqué qu'il avait examiné l'assurée le 24 juin 2019 et que

les examens neurologique et électroneuromyographique étaient normaux. Il a précisé qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis.

Par avis du 20 février 2020, le SMR a proposé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, afin notamment de déterminer les diagnostics incapacitants, les limitations fonctionnelles physiques et psychiques, la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les traitements exigibles et l'évolution des atteintes retenues.

Cette expertise a été confiée à J. _____ SA (ci-après : le [...]). Aux termes de leur rapport du 28 septembre 2020, les Drs K. _____, spécialiste en rhumatologie, et O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic incapacitant, existant depuis 2017, de syndrome lombo-vertébral chronique sur discarthrose modérée en L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale paramédiane droite, sans compression radiculaire. Ils n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique. Les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique étaient les suivantes : alternance des positions debout et assise, port de charges limité à 5 kg près du corps, pas de montée sur des échelles ou des échafaudages et pas d'activité forcée avec porte-à-faux surchargeant le rachis dans sa totalité. Les experts ont conclu à une capacité de travail de l'assurée de 100% dans une activité adaptée. Au moment de l'expertise, l'assurée était enceinte de huit mois.

Invitée à se déterminer sur son statut, l'assurée a répondu, le 8 octobre 2020, qu'elle continuerait à travailler à 100%, après la naissance de son enfant, lequel est né le ***2020.

A la suite d'une proposition de mesure d'orientation de trois mois, l'OAI a, par courrier du 13 janvier 2021, enjoint à l'assurée de lui confirmer, dans un délai au 15 février 2021, qu'elle mettrait tout en œuvre pour trouver une solution de garde, lui permettant de suivre la mesure d'orientation proposée. A défaut, il serait statué en l'état du dossier.

Par courrier du 7 février 2021, l'assurée a expliqué qu'il n'était pas possible pour elle de suivre la mesure d'orientation proposée, non pas en raison de son enfant, qu'elle était en mesure de faire garder, mais de son état de santé, qui s'était péjoré.

Sur demande de l'OAI, le Dr F. _____ a répondu, le 8 mars 2021, qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 24 novembre 2020 et que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100%.

Dans un rapport du 30 avril 2021, le Prof. W. _____ a mentionné que les lombalgies présentées par l'assurée ne s'étaient pas aggravées durant la grossesse, malgré une prise de poids importante. Il a précisé que le test de stimulation médullaire effectué n'avait eu aucune efficacité et a conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée permettant de changer régulièrement de position, d'éviter la position assise pendant longtemps, ainsi que le port de charges.

Par avis du 9 juin 2021, le SMR a constaté l'absence d'atteinte qui aurait empêché l'assurée de se former par elle-même dans le domaine de la bijouterie et l'absence de déconditionnement sur le plan médical d'une intensité telle qu'il nécessiterait des mesures. De même, il n'a constaté aucune modification objective du status clinique, ni d'explication physiopathologique, à une aggravation incapacitante en 2019. Le SMR a ainsi proposé de réaliser un complément d'évaluation spécialisée afin de préciser explicitement la capacité de travail médico-théorique dans toute activité sur le plan rhumatologique. L'expert devait en outre préciser dans quelle mesure l'état de santé s'était objectivement modifié, la date de la survenue de l'atteinte incapacitante retenue ainsi que les raisons médicales d'une aggravation lombaire en lien avec un conflit familial. Il revenait également à l'expert de déterminer une éventuelle modification de l'état de santé depuis août 2020 avec, le cas échéant, la date d'aggravation et les modifications de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 6 juillet 2021, établi à la suite d'un examen clinique rhumatologique de l'assurée réalisé la veille par le Dr L. _____,

spécialiste en rhumatologie et médecin auprès du SMR, le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis lombaire sans compression radiculaire a été posé. A titre de limitations fonctionnelles, le médecin précité a retenu la nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout à raison d'une à deux fois par heure, d'éviter le soulèvement ou le port régulier de charges de plus de 5 kg, d'éviter tout travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et l'exposition à des vibrations. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle de cuisinière, vendeuse ou ouvrière-bijoutière était nulle et, dans une activité adaptée, entière depuis le 1^{er} mars 2017.

Par communication du 30 novembre 2021, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un entraînement à l'endurance, auprès de la M. _____, du 1^{er} décembre 2021 au 4 mars 2022.

Selon un rapport intermédiaire de la M. _____ du 27 janvier 2022, l'assurée avait montré de la bonne volonté et de la motivation mais la mesure était entravée par les douleurs chroniques au dos, les nuits perturbées et le manque de sommeil, ainsi que par des problèmes familiaux. Les ateliers productifs n'étant pas adaptés à ses limitations physiques, il a été proposé de la diriger vers un atelier administratif ou d'intégration avec toujours pour objectifs une augmentation du taux de présence et de la capacité à suivre une formation.

Aux termes d'un rapport final du 14 mars 2022, il a été décidé de ne pas prolonger la mesure effectuée, l'assurée ayant ressenti une grande fatigue physique et mentale avec l'augmentation progressive du taux d'activité qui n'avait pas dépassé 30%, ceci en raison d'un cumul entre sa vie privée (jeune enfant à charge, peu d'aide dans les tâches ménagères, contexte familial difficile), ses soucis de santé et la mesure elle-même.

Dans un rapport final du 30 mars 2022, le service de réadaptation de l'OAI a constaté que l'assurée avait été prise entre ses obligations familiales, son rôle de mère, et la gestion de sa vie de couple, de sorte qu'elle s'était montrée peu disponible pour mener à bien la mesure

proposée. Lors du bilan final, elle avait expliqué avoir apprécié la mesure, mais ne pas se sentir prête à faire les efforts nécessaires pour augmenter le taux de sa présence. A titre de revenu sans et avec invalidité, le service précité a retenu un montant de 56'059 fr. 65 en se fondant sur les données salariales résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), après indexation à l'année 2021.

Sur demande de l'OAI, l'assuré a répondu, le 18 mai 2022, qu'elle revendiquait un statut de 100% active depuis toujours.

Par projet de décision du 15 juin 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que, partant, le degré d'invalidité qu'elle présentait était nul, si bien qu'elle ne subissait aucun préjudice économique.

Par courrier du 20 août 2022, l'assurée a demandé une prolongation de délai pour communiquer des documents médicaux, évoquant une évaluation psychiatrique à venir dans les prochaines semaines.

Le 30 août 2022, l'OAI a reçu un rapport du 15 juin 2022 de la Dre N._____, spécialiste en neurologie et médecin auprès du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qui a posé les diagnostics de paralysies du sommeil, ainsi que d'hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques. La spécialiste précitée ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée.

Dans un rapport du 16 septembre 2022 adressé à l'OAI, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Mme C._____, psychologue assistante, qui suivaient l'assurée depuis le mois d'août 2022, ont retenu les diagnostics d'autres parasomnies (7B02), d'expérience personnelle terrifiante (Z61.7), ainsi que d'autres difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61.8). Ils ont mentionné que la capacité de travail

de l'assurée pouvait être influencée par les symptômes qu'elle présentait, sans plus de détails.

Le 17 octobre 2022, le Dr M._____, médecin auprès de la Consultation de médecine physique et réhabilitation du CHUV, a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il a évoqué un syndrome d'hypermobilité dont il convenait de tenir compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, en plus des lombalgies.

Par avis du 30 novembre 2022, le SMR a conclu qu'il n'existait pas d'éléments susceptibles de modifier ses précédentes conclusions mais a tout de même proposé la réalisation d'un expertise monodisciplinaire en médecine du sommeil pour déterminer les éventuelles atteintes incapacitantes, leur date d'apparition, leur évolution, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles en découlant, ainsi que les traitements exigibles.

Au terme d'un rapport du 1^{er} mai 2023, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, et Mme R._____, psychologue, ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'évolution chronique (F43.1), de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'antécédent d'épisode d'anorexie mentale restrictive (F50.1). Au registre des limitations fonctionnelles, ils ont retenu des troubles du sommeil chroniques, engendrés par l'état de stress post-traumatiques, les douleurs et le stress que vivait l'assurée au quotidien, ainsi qu'une fatigabilité et de la difficulté à rester concentrée. Ils ont estimé que la capacité de travail de celle-ci était nulle.

Par avis du 29 février 2024, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, compte tenu des nouveaux diagnostics posés dans le rapport du 1^{er} mai 2023 du Dr P._____ et de Mme R._____.

Aux termes de leur rapport du 21 juillet 2024, les Drs S._____, spécialiste en rhumatologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux experts auprès du Bureau d'expertises médicales Riviera Sàrl (ci-après : le BR._____), ont posé le diagnostic incapacitant de syndrome lombaire non-déficitaire sur discrets troubles dégénératifs (M51.8). A titre de diagnostics non incapacitants, ils ont retenu un discret syndrome rotulien des deux côtés (M22.4), un syndrome d'hypermobilité articulaire (M35.7), une obésité (E66), ainsi qu'une gastrite chronique à *Helicobacter pylori* (K29.7). Les experts précités ont conclu à une capacité de travail de l'assurée nulle dans l'activité habituelle (cuisinière, vendeuse, ouvrière en bijouterie) et entière dans une activité adaptée évitant le port de charges fréquent supérieur à 5 kg et la station debout ou assise prolongée.

Par avis du 26 juillet 2024, le SMR a en substance estimé que le rapport d'expertise du BR._____ était probant. En particulier, il ne retenait pas d'éléments médicaux nouveaux responsables d'une modification des limitations fonctionnelles. L'assurée disposait ainsi d'une capacité de travail entière, depuis 2017, dans une activité adaptée permettant l'alternance, à raison d'une à deux fois par heure, de la position assise et de la position debout, d'éviter le port de charges supérieures à 5 kg, les positions en porte-à-faux statique prolongé du tronc et l'exposition à des vibrations.

Par décision du 7 août 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, confirmant ainsi le projet du 15 juin 2022.

B. Par acte du 13 septembre 2024, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations en sa faveur. Elle a fait valoir que la mesure effectuée en 2022 auprès de la M._____ n'avait pas été interrompue à cause de problèmes familiaux mais pour des raisons de santé, qu'il y avait lieu de tenir compte de sa santé mentale et qu'elle n'était pas en mesure de travailler dans une activité adaptée, compte tenu des douleurs et de la fatigue qu'elle ressentait de manière variable, en intensité et en fréquence, d'un jour à l'autre.

Par courrier du 31 octobre 2024, Mme Q._____, assistante sociale auprès du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, a produit un rapport du 8 octobre 2024 du Dr P._____, qui contestait, sur le plan psychiatrique, les conclusions des experts du BR._____.

Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a en substance relevé qu'il n'avait aucune raison de s'écarter du rapport d'expertise du BR._____.

Par réplique du 12 février 2025, le recourante a produit un rapport du 7 février 2025 du Dr V._____, médecin de famille qui indiquait suivre la recourante depuis 2017.

Dupliquant le 11 mars 2025, l'intimé a maintenu sa position, se référant à un avis du 17 février 2025 du SMR, selon lequel les rapports produits dans le cadre de la procédure du recours n'apportaient pas d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été ignorés des experts du BR._____ ou qui seraient survenus avant la décision litigieuse du 7 août 2024.

En droit :

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 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres

conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à des mesures professionnelles et à une rente.

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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande de prestations le 25 avril 2018 et l'éventuel droit à la rente a pris naissance au plus tôt 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 1^{er} décembre 2018. C'est donc l'ancien droit qui est applicable au présent cas.

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). 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 valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

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 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 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).

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 assécurologique. 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).

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, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du BR. _____ du 21 juillet 2024, ainsi que sur celles de l'avis du SMR du 26 juillet 2024, a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité lui permettant d'alterner les positions assise et debout à raison d'une à deux fois par heure et n'impliquant ni le port de charges de plus de 5 kg, ni de position en porte-à-faux statique prolongé du tronc, ni d'exposition à des vibrations.

Par ses développements en procédure de recours, la recourante remet en cause le bien-fondé de cette appréciation.

b/aa) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise du BR._____ 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, 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. 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 bidisciplinaire 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 rhumatologique, le Dr S._____ a retenu, à titre de diagnostic incapacitant, un syndrome lombaire non-déficitaire sur discrets troubles dégénératifs (M51.8).

A la date de l'entretien, l'expertisée présentait ainsi des douleurs lombaires, médianes et en barre, irradiant jusqu'aux cuisses (région latérale) et aux mollets. L'examen clinique montrait néanmoins une mobilité lombaire dans les normes, provoquant des douleurs en fin de cours dans tous les plans. Il n'y avait pas de signes de compression radiculaire des membres inférieurs, le status articulaire périphérique étant normal, à l'exception d'un discret syndrome rotulien, sans limitation de la mobilité des genoux, ni d'épanchement. Avec un score de Beighton ascendant à 5/9, un syndrome d'hypermobilité articulaire pouvait être retenu, sans argument pour un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, l'expert ayant relevé au surplus l'absence de notion de luxations articulaires récidivantes, de

douleurs musculosquelettiques récidivantes ou de douleurs diffuses chroniques.

Cela étant, en dépit des douleurs ressenties, l'expertisée possédait les ressources nécessaires lui permettant d'assumer son ménage, y compris la prise en charge de son enfant de trois ans et demi, en collaboration avec son époux. Ainsi, si ses difficultés étaient d'ordre algique, elles ne nécessitaient toutefois pas de traitement médicamenteux, mais uniquement un suivi physiothérapeutique.

Pour l'expert rhumatologue, les activités pratiquées par la recourante, dans le cadre de stages, en tant que cuisinière, vendeuse et ouvrière en bijouterie, n'étaient pas exigibles, ce depuis le 1^{er} mars 2017, date à laquelle une IRM de la colonne lombaire avait mis en évidence des troubles dégénératifs. Une capacité de travail entière devait néanmoins lui être reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qu'il avait décrites (« port de charge fréquent supérieur à 5kg ; station debout ou assise prolongée »).

cc) Sur le plan psychiatrique, le Dr T. _____ a écarté, aux termes de ses développements très détaillés, l'existence de toute atteinte incapacitante.

En particulier, l'expertisée n'avait pas fait état de manifestations douloureuses, ni d'hypervigilance, ni encore de pensées envahissantes. Certes, elle faisait l'objet d'un suivi en psychothérapie, à raison d'une séance tous les quinze jours, en lien avec ses hallucinations nocturnes (manifestations hypnagogiques, paralysies du sommeil), qui étaient elles-mêmes liées à des événements traumatiques vécus lors de son enfance, l'expertisée ayant quitté son pays d'origine, la S***, pour fuir la guerre qui y sévissait. Néanmoins, l'anxiété qu'elle rapportait ne la limitait pas dans ses interactions sociales, tout paroxysme anxieux de type panique devant ainsi être écarté. Même si elle était manifestement émue, au bord des larmes, lorsqu'elle évoquait les événements douloureux de son existence, elle ne présentait pas de signe d'anxiété. L'expert a de même

tenu pour rassurante la description par la recourante de la vie quotidienne : elle était active, allait à ses rendez-vous, était capable de s'organiser, de faire les repas et de s'occuper de son enfant en bas âge. Il n'a pas non plus retenu d'agitation psychomotrice ou de signe d'impatience. La recourante ne présentait pas non plus de trouble en lien avec les fonctions végétatives ou d'autres symptômes d'allure somatoforme, ni dans le registre psychotique. Tout trouble de la personnalité devait également être écarté. S'agissant de l'humeur, l'expertisée ne décrivait pas de tristesse permanente pouvant être le signe d'un épisode dépressif. Elle disait pouvoir être heureuse à certains moments. Il n'y avait pas à proprement parler de diminution de l'intérêt et du plaisir, mais un recentrage de l'investissement de l'expertisée autour de son fils. L'expert n'a en outre pas constaté de fatigue ou de fatigabilité pendant la durée de l'examen. Aucun des trois critères principaux pour retenir un épisode dépressif n'était ainsi présent. Quant aux critères secondaires, l'expert n'a pas non plus constaté de trouble de la concentration ou de l'attention, ni de baisse de l'estime de soi ou d'autodévalorisation à un degré pathologique, ni d'idée de culpabilité. L'appétit était décrit comme normal et si la recourante avait pu avoir des idées suicidaires, de manière isolée, évoluant de longue date selon ses propres dires, cela ne concordait pas avec l'évolution cinétique d'un épisode dépressif. L'expert n'a par ailleurs pas non plus retenu de trouble affectif bipolaire ou de cyclothymie, ni de dysthymie, ni de troubles anxieux phobiques ou non, ni de trouble de l'adaptation, ni de trouble du comportement alimentaire, en expliquant pour chacun d'entre eux, pour quelles raisons il les écartait.

c) Pour l'essentiel, on comprend que la recourante reproche à l'intimé, et aux experts, de s'être écartés de l'avis de ses médecins traitants, en particulier sur le plan psychiatrique.

aa/aaa) En particulier, le Dr P._____, psychiatre, et la psychologue R._____ ont rappelé, dans leur rapport du 14 octobre 2024, que la recourante effectuait auprès d'eux un suivi depuis 2022. Dans ce cadre, ils avaient retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique d'évolution chronique et de trouble douloureux somatoforme persistant

ainsi que ceux de paralysie du sommeil et d'hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques. Selon le médecin et la thérapeute précités, les douleurs, les variations thymiques et la fatigue chronique engendrées par les troubles du sommeil avaient directement un impact sur la capacité de travail de la recourante, en tant qu'elles constituaient un frein important à toute occupation rémunérée exigeant une rentabilité et une régularité. Ils ont également relevé qu'après avoir pris connaissance de la décision de l'intimé lui refusant toute prestation, leur patiente présentait une symptomatologie encore plus floride qu'à l'accoutumée, interprétant ce refus comme une non-reconnaissance de ses difficultés.

bbb) Pour autant, comme l'a observé le SMR dans son avis du 17 février 2025, ce rapport ne contient aucun élément objectif ou observations cliniques permettant de comprendre les limitations fonctionnelles qui justifieraient une incapacité de travail. En tant que les médecins traitants affirment que « les expertises ne rendent absolument pas compte de la sévérité des symptômes psychiatriques qui sont [...] banalisés », cette affirmation apparaît difficilement compréhensible eu égard à un rapport d'expertise exposant clairement l'anamnèse, les ressources et les constats cliniques (cf. *supra* consid. 6b/cc), à l'inverse des médecins traitants.

Il apparaît en effet que, dans son rapport du 21 juillet 2024, le Dr T._____ a exposé de manière précise et circonstanciée les raisons pour lesquelles il convenait d'écarter les diagnostics retenus par les médecins traitants. S'agissant en premier lieu du diagnostic d'état de stress post-traumatique, l'expert a relevé, dans la partie « cohérence et plausibilité », qu'il existait en la matière un discours inconstant, variant en fonction des interlocuteurs et des périodes. Sur toute la durée de l'examen, l'expert n'avait ainsi à aucun moment constaté de réviviscence, tels que des flash-backs ou des pensées intrusives. L'expertisée n'avait pas mis en œuvre de stratégies pour éviter de revenir sur le sujet et elle décrivait différentes scènes traumatiques sans débordement émotionnel. Il n'y avait pas non plus d'émoussement émotionnel, d'insensibilité à l'environnement ou de détachement par rapport aux autres, notamment lorsqu'elle évoquait les interactions avec son époux ou son fils. Contrairement à ce que relevaient

les médecins traitants, la recourante ne rapportait pas de circonstance particulière propre à réveiller le souvenir traumatique. L'expert n'avait du reste pas constaté d'hyperréveil neurovégétatif, ni d'hypervigilance, l'expertisée n'apparaissant pas sur le qui-vive, ni encore de signes d'anxiété ou de dépression.

Pour l'expert, l'existence de troubles somatoformes devait également être écartée. Il n'avait pas retrouvé dans la documentation médicale au dossier, ni n'avait constaté de détresse émotionnelle vis-à-vis de la douleur. A l'exception de la première fois où elle avait dû insister pour obtenir un rendez-vous pour une IRM, elle n'avait pas décrit la multiplication d'examen complémentaires ou le recours à de multiples spécialistes. L'expertisée rapportait bien plutôt des relations de confiance avec les différents médecins qui avaient pris en charge la douleur. L'expertisée avait déclaré « faire avec » après le retrait du neurostimulateur médullaire et l'annonce de perspective thérapeutique. Elle ne suivait par ailleurs plus de traitement antalgique. Aussi, lorsqu'il lui avait été annoncé qu'elle était probablement trop jeune pour bénéficier d'une prise en charge chirurgicale avec un taux de réussite de 50%, elle semblait l'avoir accepté, n'ayant pas multiplié la recherche d'interventions thérapeutiques à tout prix, même invasives. Par ailleurs, elle ne décrivait pas d'impact de son état émotionnel sur la perception de l'intensité douloureuse, laquelle était constante, quel que fût son humeur.

ccc) Dans ce contexte, il n'apparaît pas que l'appréciation des médecins traitants, orientée et en définitive peu étayée, soit en mesure de remettre en cause les constats cliniques, précis et détaillés, opérés par l'expert psychiatre.

En outre, pour répondre au constat du psychiatre traitant et de la thérapeute, selon lequel leur patiente présentait une symptomatologie encore plus floride qu'à l'accoutumée après avoir pris connaissance de la décision de l'intimé lui refusant toute prestation, on précisera qu'une décompensation passagère après réception des conclusions d'une expertise, tout comme d'une décision de l'OAI, ne permet pas la

reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante d'autant moins qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a).

bb) S'agissant du rapport médical établi le 7 février 2025 par le Dr V._____, ce dernier se limite à exprimer son soutien au recours initié par la recourante, ceci afin qu'elle soit reconnue dans sa souffrance et son invalidité par le biais d'une rente. Ce rapport ne contenant pas le moindre élément médical, il n'est d'aucune pertinence.

d) Au vu de ce qui précède, les rapport médicaux produits par la recourante ne comportent 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 établir leur caractère incomplet. Il sied ainsi de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 21 juillet 2024 du BR._____, dont la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter, ce rapport présentant du reste des conclusions qui sont entièrement superposables à celles du rapport d'expertise du 28 septembre 2020 du [...] et de l'examen clinique du SMR réalisé le 5 juillet 2021.

Aussi, il y a lieu de suivre l'avis du SMR du 26 juillet 2024 et de retenir que la recourante a présenté une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 1^{er} mars 2017, mais une capacité entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité lui permettant d'alterner les positions assise et debout à raison d'une à deux fois par heure et n'impliquant ni le port de charges de plus de 5kg, ni de position en porte-à-faux statique prolongé du tronc, ni d'exposition à des vibrations.

On relèvera à cet égard que, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, les activités proposées par le service de réadaptation (ouvrière dans l'industrie légère, dans le conditionnement, magasinrière en petit matériel - outillage, visserie, quincaillerie -, ouvrière en atelier de montage de petite mécanique ou de matériel électrique léger ;

cf. rapport du 30 mars 2022), respectent les limitations fonctionnelles qu'elle présente.

7. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'intimé s'est fondé, tant pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidé, sur les valeurs résultant des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Il est ainsi parvenu à un degré d'invalidité nul, dans la mesure où les deux termes de la comparaison étaient identiques.

En l'occurrence, le calcul effectué par l'intimé, au demeurant non contesté par la recourante, ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé.

8. Enfin, c'est à bon droit que l'intimé a dénié à la recourante le droit à des mesures d'ordre professionnel, dans la mesure où le taux d'invalidité minimum de 20% auquel la jurisprudence subordonne le droit à de telles prestations n'est pas atteint (cf. ATF 193 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2). Il apparaît également que de telles mesures ne seraient, de toute façon, pas utiles, dès lors que la recourante a confirmé qu'elle souhaitait se concentrer en priorité sur sa famille et qu'il n'y avait, en l'état, pas de place pour un projet professionnel (formation initiale) qui demandait beaucoup d'investissement en temps et en énergie (cf. rapport du 14 mars 2022 de la M. _____ et rapport final du service de réadaptation de l'OAI du 30 mars 2022). Une mesure d'aide au placement ne serait pas non plus appropriée à ce stade, la recourante ne se trouvant actuellement pas, quoi qu'elle en dise, dans une dynamique de recherche d'emploi. Il lui sera néanmoins loisible, dans le futur, de solliciter de l'intimé une aide dans ce sens si elle l'estime nécessaire.

9. 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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge d'A._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- A._____,
- 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).

La greffière :