

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2025

Composition : M. PIGUET, président
MM. Wiedler et Tinguely, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Aliénor Winiger, avocate
à Genève,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a travaillé au Portugal comme enseignante jusqu'en 2011 et est venue s'établir en Suisse en 2012 avec son mari. Le 23 mars 2022, elle a rempli un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité, qui a été réceptionné le 25 mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué souffrir des séquelles d'une lombosciatique droite dans un contexte de discopathie dégénérative L4-L5 ayant nécessité quatre interventions chirurgicales, avec un status adhérentiel neuro-ostéo-ligamentaire et un défaut de stabilisation du plan musculaire profond.

Le 19 mai 2022, l'assurée a fait savoir que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100 % depuis 2012 pour des raisons financières.

Dans un rapport du 25 septembre 2022, le Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants :

Lombo-sciatalgies bilatérales irritatives à bascule, dans un contexte de :

- Hernie discale L4-L5, médiane et para-médiane bilatérale avec remaniement ostéo-médullaire en miroir de type Modic I.
- Poussée inflammatoire zygapophysaire postérieure et épидurale.
- Status après 4 décompressions neuro-chirurgicales avec séquelles neuro-adhérentielles.
- Déconditionnement physique global prédominant en lombo-pelvi-fémoral :
 - Défaut de stabilisation du plan musculaire profond paravertébral.
 - Dysbalances musculaires des secteurs sous-pelviens antérieurs et postérieurs.
 - Restriction fonctionnelle coxo-fémorale droite.
 - Restriction fonctionnelle des épaules dans le plan sagittal et frontal en lien avec des dysbalances musculaires symétriques : grand dorsal et grand rond, sursollicitant l'axe cervical.

Gonalgies gauches sur souffrance fémoro-patellaire, dysbalances musculaires des secteurs sous-pelviens antérieurs/postérieurs dans un contexte intriqué de séquelles neuro-adhérentielles.

Le Dr F. _____ a également retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de syndrome douloureux prémenstruel marqué avec dysménorrhée et probable endométriose, et de colopathie spasmodique. Il a mentionné comme antécédent une suspicion de lupus érythémateux. Il a fixé comme limitations fonctionnelles les déplacements en terrain irrégulier, les positions à genoux ou accroupies, les sollicitations statiques anormalement longtemps maintenues, les activités dynamiques imposant des mouvements répétitifs, les positions en porte-à-faux ou en rotation avec le bassin fixé, les activités de charge en zone basse et en zone haute, ainsi que le port de charges supérieures à 4 kg. Il a estimé qu'une activité comme maîtresse d'école primaire était difficilement envisageable compte tenu, d'une part, des connaissances en français de l'assurée et, d'autre part, des contraintes physiques auxquelles elle serait confrontée (surveillance, pratique gymnique). Il était d'avis que la capacité de travail de l'assurée devait être déterminée par le biais d'une appréciation objectivable dans un centre spécialisé et qu'une augmentation de la capacité de travail par paliers s'imposait.

Dans le rapport qu'il a rempli le 17 février 2023 dans le cadre de la coordination des systèmes de sécurité sociale européens, le Dr F. _____ a retenu l'existence de lombosciatiques récurrentes handicapantes avec status adhérentiel neuro-ostéo-ligamentaire, de status après laminectomie parcellaire L4-L5 avec discectomie et foraminectomie en 2011, de status après adhésiolyse pour fibrose à deux reprises, de lombosciatique déficitaire sensitivo-motrice avec status après décompression L4-L5, de gonarthrose modérée et d'anxiété généralisée (F41.1), mentionnant une prise d'anxiolytiques. Il a conclu à l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée, dans un environnement offrant des alternances de postures, sans mouvement répétitif, avec des charges de poids réduit et un périmètre de marche de 30 minutes par jour.

Dans un compte rendu du 21 avril 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'assurée

présentait vraisemblablement une capacité de travail médico-théorique de 100 % dans une activité adaptée depuis 2010 avec possiblement une diminution de rendement due aux douleurs chroniques, aux fibroses dorsales et au déconditionnement physique.

Le 12 juin 2023, le Service de réadaptation de l'OAI a proposé à l'assurée d'effectuer un stage d'évaluation professionnelle auprès du Centre d'observation professionnelle de [...], ce qu'elle a refusé.

En l'absence de renseignements médicaux suffisants, le SMR a proposé la réalisation d'une expertise en rhumatologie et psychiatrie dans son avis du 2 février 2024.

Cette expertise a été attribuée au D._____ (ci-après : D._____). Dans leur rapport non daté, réceptionné par l'OAI le 14 mai 2024, les Drs A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics de lombosciatalgie droite, après quatre interventions chirurgicales (janvier 2012, avril 2012, juin 2012 et septembre 2018) avec fibrose postopératoire (M96.8) et de gonalgie sur syndrome fémoro-patellaire (M22.2). Ils ont conclu que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de professeure et dans une activité adaptée depuis son arrivée en Suisse, avec une interruption en septembre 2018 pendant six mois dans les suites de sa quatrième chirurgie lombaire. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de position en porte-à-faux du buste, un port de charge proche du corps limité à 5 kg, pas de position à genoux et accroupie, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), éviter la montée et descente répétée d'escaliers et la possibilité de changer régulièrement de position.

Dans un avis du 23 mai 2024, le SMR a estimé qu'il n'avait pas de raison de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise. Il a relevé que l'assurée avait indiqué prendre tous les jours de l'Ibuprofène 600 mg, trois fois par jour, mais que le dosage sanguin réalisé lors de

l'expertise n'avait pas détecté cette substance, ce qui mettait un doute sur la prise quotidienne de ce médicament. Au vu des trois interventions chirurgicales entre janvier 2012 et juin 2012, il a retenu une capacité de travail nulle en toutes activités de janvier 2012 à fin août 2012. Il a constaté que l'activité de professeur de sport n'était pas exigible au vu des limitations fonctionnelles, compte tenu de la nécessité de montrer aux élèves les exercices et de disposer de bonnes capacités articulaires et physiques. Il a ainsi conclu à l'existence d'une capacité de travail nulle de janvier à fin août 2012, puis totale dès l'arrivée en Suisse dans l'activité habituelle de professeure des écoles, hors éducation physique, et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées par les experts.

Par projet de décision du 28 mai 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il a retenu qu'elle n'avait pas présenté d'incapacité de travail d'une année au moins puisqu'elle avait retrouvé, dès fin août 2012, une pleine capacité de travail dans son activité antérieure en tant que professeure, mais dans un environnement autre que l'éducation physique, ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée. Pour le même motif, elle ne présentait pas de manque à gagner durable d'au moins 20 % et n'avait dès lors pas droit à des mesures professionnelles.

Par courrier du 26 juin 2024, l'assurée a présenté ses objections à ce projet de décision. Elle a allégué qu'elle était en incapacité de travail depuis le début de son suivi avec le Dr F._____, soit depuis janvier 2012, comme l'attestait ce médecin dans un rapport du 26 juin 2024, et que son incapacité de travail s'était notamment poursuivie de décembre 2021 à mars 2023, produisant des certificats d'arrêt de travail pour cette période, et qu'elle avait donc présenté une incapacité de travail durable. Elle a fait valoir que pour enseigner le portugais en Suisse, elle devrait suivre plusieurs formations, qu'elle ignorait le système éducatif suisse, que son état physique se détériorait, qu'il était instable et que son corps était tordu, transmettant une photographie à ce sujet.

Dans un nouvel avis du 12 septembre 2024, le SMR a considéré que les documents produits n'apportaient aucun élément clinique nouveau ou qui n'aurait pas été pris en compte dans l'instruction médicale. Il a rappelé qu'il était admis que l'assurée était en totale incapacité de travail depuis janvier 2012 comme professeur d'éducation physique. Il a relevé que le Dr F._____ ne précisait pas la capacité de travail dans une activité adaptée et que les arguments de l'assurée comprenaient une part psychosociale.

Par décision du 10 octobre 2024, l'OAI a refusé d'allouer à l'assurée des mesures professionnelles et une rente d'invalidité.

B. Par acte de sa mandataire du 11 novembre 2024, C._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son « annulation » et à ce que l'OAI lui octroie ses prestations légales, fondées sur un taux d'invalidité de 100 %, à l'issue du délai d'attente suivant la demande du 30 mars 2022, sous suite de frais et dépens. Elle faisait valoir, sur la base du rapport du Dr F._____ du 25 septembre 2022, qu'elle était en totale incapacité de travail à tout le moins depuis le 30 janvier 2022 et qu'elle présentait des atteintes neurologiques découlant de ses atteintes lombaires dégénératives qui la limitaient dans ses mouvements, en raison de fortes douleurs et de blocages, et qui l'empêchaient de sortir de chez elle ou même de son lit. Elle a requis son audition, celle des Drs F._____ et R._____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et neurologique.

Dans sa réponse du 27 janvier 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il estimait qu'une pleine valeur probante devait être reconnue à l'expertise du D._____, en précisant que le rapport dont se prévalait l'assurée avait été pris en considération par les experts, qui n'auraient pas manqué de proposer d'effectuer un volet expertal neurologique s'ils l'avaient estimé nécessaire.

Avec sa réplique du 28 mars 2025, l'assurée a produit un rapport de son passage aux urgences de l'U. _____ le 25 mars 2025, où elle s'était rendue en raison d'une péjoration des lombosciatalgies droites depuis une semaine, ainsi qu'un nouveau rapport du Dr F. _____, établi le 28 mars 2025. Dans celui-ci, le Dr F. _____ reprenait les mêmes diagnostics que dans son rapport du 25 septembre 2022, tout en faisant également état d'un trouble anxigène. Il notait que l'assurée disposait d'une capacité à exercer des travaux non physiques, avec une compétence adaptative partielle, puisqu'elle ne pouvait être exposée à des activités statiques anormalement longtemps maintenues de façon répétitive, à des positions debout ou en porte-à-faux, à des ports de charges et à des mouvements répétitifs. Il estimait qu'une expertise neurologique aurait été indiquée compte tenu des séquelles neuro-adhérentielles et qu'il y aurait eu lieu d'associer à l'examen clinique des tests neuro-dynamiques et neuro-palpatoires pour confirmer l'existence d'une souffrance neuro-méningée. Il reprochait aux experts de ne pas avoir réalisé de nouvelle imagerie ni de bilan objectivable des compétences fonctionnelles et de ne pas avoir pris en compte la restriction de mobilité de la hanche droite. Selon lui, une activité à plein temps était irréaliste au vu de la sévérité du déconditionnement physique et de la survenue récurrente d'une irritabilité.

Dans sa duplique du 25 avril 2025, l'OAI a estimé, sur la base d'un avis du SMR du 15 avril 2025, qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été ignorés des experts ou qui seraient survenus entre la date de l'expertise et la décision du 10 octobre 2024. Le SMR ne voyait pas ce qu'une évaluation neurologique amènerait de plus en termes d'évaluation fonctionnelle, soulignant le fait que le Dr F. _____ n'avait lui-même pas fait réaliser de nouvelle IRM depuis 2020 ni de consilium neurologique malgré la souffrance neuro-méningée. Il rappelait par ailleurs que le service de réadaptation avait proposé à l'assurée de faire une évaluation de sa capacité de travail dans le cadre d'une mesure, ce qu'elle avait refusé.

Avec ses déterminations du 1^{er} mai 2025, l'assurée a produit les résultats d'une radiographie du 26 mars 2025 et d'une IRM de la colonne lombaire du 2 avril 2025, laquelle montrait une sténose foraminale L4-L5 droite modérée d'origine dégénérative sur discopathie dégénérative sévère et une arthrose facettaire postérieure hypertrophique. Elle estimait que les experts avaient sous-évalué ses atteintes, qui continuaient d'évoluer de manière défavorable, et que les éléments mentionnés par le Dr F. _____ étaient de nature à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts et justifiaient un complément d'instruction ou l'octroi d'une rente entière.

Par courrier du 28 mai 2025, l'OAI a maintenu sa position, expliquant que l'aggravation de 2025 avec passage aux urgences n'avait pas à être prise en compte dans le cadre du présent recours. Dans un nouvel avis du 13 mai 2025 produit en annexe, le SMR a relevé que l'assurée présentait désormais un rétrécissement foraminal modéré en L4-L5 qui pouvait expliquer le déficit sensitif décrit dans le rapport des urgences, élément qui n'était pas retrouvé à l'expertise. La chronologie indiquée par le service des urgences plaidait pour une aggravation postérieure à la décision attaquée.

Dans un courrier du 28 mai 2025 également, l'assurée a, en substance, fait valoir que le rapport du 25 mars 2025 concernait l'aggravation d'une problématique de santé déjà présente au moment de la décision litigieuse et que l'expertise ne pouvait se voir reconnaître une pleine force probante au regard de ses incohérences, ses lacunes et de l'absence de volet neurologique.

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 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.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

4. a) En l'occurrence, l'OAI a basé sa décision sur les résultats de l'expertise réalisée par le D._____. Cette expertise répond, sur le plan formel, aux requis définis par la jurisprudence pour que l'on puisse lui reconnaître pleine valeur probante. Les experts se sont en effet prononcés en toute connaissance du dossier, de l'anamnèse et des plaintes de la recourante, après avoir procédé à un examen clinique complet, le Dr N._____ ayant également effectué un examen neurologique dans le cadre du volet d'expertise rhumatologique. Les experts ont ensuite pris leurs conclusions de manière motivée et consensuelle.

b) Sur le plan somatique, il est admis que la recourante présente des lombosciatalgies avec un status post quatre interventions. Le Dr F._____ a fait état de lombosciatalgies bilatérales ; cependant, la recourante a clairement exposé lors de l'expertise qu'elle n'avait pas de douleur du côté gauche, mais uniquement du côté droit, si bien que le diagnostic de lombosciatalgies droites posé par le Dr N._____ apparaît pleinement justifié (expertise pp. 15-16). Il est également admis que la recourante présente une hernie discale L4-L5 bilatérale, mise en évidence par les IRM réalisées. L'expert rhumatologue relève que la hernie discale gauche a diminué de volume sur la dernière IRM de 2020 et qu'elle ne semble pas être responsable de la douleur puisque la recourante souffre d'une lombosciatalgie droite ancienne. Les médecins s'accordent également sur la présence de rehaussements inflammatoires épiduraux et d'une fibrose postopératoire (expertise p. 16). Il est en outre admis que la recourante souffre de gonalgies sur un syndrome fémoro-patellaire.

Le Dr F._____ reproche à l'expert rhumatologue d'avoir sous-estimé les séquelles neuro-adhérentielles présentées par l'assurée, ainsi que son déconditionnement physique global, dans le cadre duquel il relève l'existence d'un défaut de stabilisation du plan musculaire profond paravertébral, des dysbalances musculaires, ainsi que des restrictions fonctionnelles au niveau coxo-fémoral droit et des épaules. Il faut constater, à titre préliminaire, que le Dr N._____ avait connaissance des rapports du Dr F._____, lesquels faisaient état des éléments qui précèdent, et qu'il ne s'agit dès lors pas d'éléments nouveaux.

En ce qui concerne la souffrance neuro-méningée, le Dr F._____ expose, dans son rapport du 28 mars 2025, qu'il s'agit d'une symptomatologie qui peut s'exprimer selon un mode éminemment irritable, mais aussi suivant un comportement intermittent et variable selon les jours, influencé par l'intensité de l'activité, et qui a un impact sur les compétences fonctionnelles, même dans le cadre d'une activité banale. Il relève qu'il n'est pas normal d'observer une manœuvre jambe tendue à 75° du côté gauche et se limitant à 30° à droite sans retenir ce diagnostic. Il apparaît cependant que le Dr N._____ n'a pas ignoré

l'existence de séquelles post-opératoires chez la recourante, puisqu'il reconnaît la présence d'une fibrose postopératoire, qu'il qualifie d'ailleurs de floride. Il a en outre tenu compte de la différence dans le signe de Lasègue et indique qu'elle s'explique par la présence de la fibrose postopératoire (expertise p. 16). Comme déjà évoqué ci-dessus, l'expert rhumatologue a procédé à un examen neurologique lui-même et n'a, dans ce contexte, pas jugé nécessaire d'ajouter un volet neurologique à l'expertise. On peut en effet constater qu'hormis la particularité retrouvée dans le signe de Lasègue, pour laquelle le Dr N._____ a apporté une explication, son examen n'a rien décelé d'anormal. De son côté, le SMR retient que, si une évaluation neurologique était effectivement possible, elle n'était cependant pas obligatoire et qu'il ne voyait pas ce qu'elle amènerait de plus en termes d'évaluation fonctionnelle puisque les éléments médicaux étaient déjà bien documentés (avis du 15 avril 2025). Il faut d'ailleurs faire remarquer que le Dr F._____ reproche surtout à l'expert rhumatologue d'avoir sous-estimé l'importance de l'irritabilité neuro-méningée (rapport du 28 mars 2025 p. 7). Or cela a trait non pas tant à l'aspect diagnostique qu'à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, question qui sera examinée ci-après.

Le Dr F._____ s'étonne en outre que le Dr N._____ n'ait pas mentionné de restriction pour la hanche droite, ni n'ait envisagé un diagnostic d'hypermobilité articulaire d'Ehlers Danlos au vu des débâtements articulaires notés dans l'expertise. On peine à comprendre que le Dr F._____ reproche au Dr N._____ de ne pas avoir envisagé un diagnostic que lui-même ne retient pas et qu'il n'a jamais évoqué dans ses rapports. Quant à la restriction fonctionnelle au niveau de la hanche droite, force est de constater que la recourante ne s'est pas plainte de problème à ce niveau-là lors de l'expertise et que le Dr N._____ n'a pas retenu de problématique liée à la hanche à l'issue de son examen clinique, relevant uniquement le déclenchement de douleurs lombaires en testant l'existence d'un syndrome clinostatique (expertise p. 13). On peut également relever que la limitation fonctionnelle au niveau des épaules mentionnée par le Dr F._____ dans ses rapports des 25 septembre 2022 et 28 mars 2025 n'a pas été retrouvée par l'expert rhumatologue, celui-ci

faisant état d'un examen des épaules parfaitement normal (expertise p. 13).

Certes, comme évoqué par le Dr F._____, on peut s'interroger sur le choix de l'expert rhumatologue de ne pas procéder à de nouveaux examens radiographiques, la dernière IRM réalisée datant du mois de février 2020. Il convient néanmoins de relever que l'expert a fait état de l'absence de modification de la symptomatologie depuis lors (expertise p. 16).

La nouvelle IRM réalisée le 2 avril 2025 a montré une sténose foraminale L4-L5 droite modérée. Dans son avis du 13 mai 2025, le SMR relève que ce rétrécissement foraminal n'existait pas en 2020, qu'il pourrait expliquer le déficit sensitif décrit dans le rapport de la consultation aux urgences du 25 mars 2025, déficit qui n'avait pas été retenu lors de l'expertise et que le rapport de l'U._____ du 26 mars 2025 faisait état d'une majoration des lombalgies depuis une semaine. Au vu de ces éléments, il se justifie de conclure que cette aggravation est postérieure à la décision litigieuse et qu'elle pourrait, le cas échéant, justifier le dépôt d'une nouvelle demande de prestations.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, le Dr F._____ est d'avis qu'elle ne pouvait se faire qu'au moyen d'un bilan objectif de compétences. Il convient de relever, comme l'a fait le SMR, que la recourante a refusé le stage d'évaluation professionnelle qui lui a été proposé par le service de réadaptation de l'OAI, mesure qui vise précisément les personnes assurées dont les possibilités de réadaptation professionnelle doivent être évaluées sur le plan médical et fonctionnel, ainsi que sur celui de l'orientation professionnelle, au moyen d'un examen pratique ou aussi proche que possible de la pratique (ch. 7.1 de la Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI [CMRPr] édictée par l'Office des assurances sociales [OFAS]). Quoi qu'il en soit, il apparaît que l'expert rhumatologue n'a pas fait état de difficultés à se prononcer sur la capacité de travail médico-théorique de la recourante dans le cadre de l'expertise. Il a procédé à cette évaluation en tenant

compte des limitations induites par les atteintes de la recourante, de ses capacités et ressources, ainsi que de son contexte psycho-social. Il a ainsi constaté que les limitations dues aux atteintes n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie, que la recourante était bien entourée par sa famille, qu'elle s'occupait de son chien et de ses petits-enfants, et que les comorbidités présentées étaient faibles (expertise p. 16). Il a constaté que le traitement antalgique ne correspondait pas à l'importance des douleurs ressenties. A cet égard, le SMR a relevé dans son avis du 23 mai 2024 que la recourante avait indiqué prendre de l'ibuprofène 600mg trois fois par jour (expertise p. 12) alors que cette substance n'a pas été retrouvée dans les analyses sanguines effectuées à l'occasion de l'expertise (rapport p. 34). Au final, le Dr N. _____ conclut à l'existence d'une pleine capacité de travail dans son activité de professeur et dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans son rapport du 28 mars 2025, le Dr F. _____ estime qu'une totale capacité de travail est irréaliste compte tenu du déconditionnement physique de la recourante et de la survenue récurrente d'une irritabilité. Il faut constater que le Dr N. _____ ne relève pas de déconditionnement chez l'assurée dans son expertise à l'issue de son examen. Il mentionne que celle-ci présente une autonomie complète pour le déplacement, ainsi que pour le déshabillage et l'habillage, et qu'elle ne reste pas inactive puisqu'elle s'occupe de ses petits-enfants, qu'elle emmène notamment au parc à proximité, et qu'elle sort également promener son chien trois fois par jour une dizaine de minutes, étant précisé qu'elle habite au premier étage sans ascenseur (expertise pp. 10-11). En ce qui concerne l'irritabilité, le Dr F. _____ relève que la posture assise anormalement prolongée et les contraintes posturales telles que la position debout ou en porte-à-faux, les ports de charges et la répétitivité des mouvements sont autant de facteurs qui peuvent conduire à un syndrome neurogène douloureux, impactant assurément les compétences fonctionnelles et la rentabilité dans un cadre professionnel et conduisant à un absentéisme non compatible avec une activité dans le monde du travail (rapport du 28 mars 2025 p. 7). Or l'expert rhumatologue retient précisément l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité

respectant de telles limitations fonctionnelles, à savoir l'absence d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, de position en porte-à-faux du buste, avec un port de charge proche du corps limité à 5 kg, l'absence de positions à genoux et accroupie, ainsi que de travail en hauteur, l'évitement des montées et descentes répétées d'escaliers et la possibilité de changer régulièrement de position (expertise p. 17). Ces limitations sont analogues à celles mentionnées par le Dr F._____.

c) Sur le plan psychiatrique, le Dr A._____ ne retient aucun diagnostic incapacitant. Ses observations cliniques suggèrent chez l'assurée une adaptation émotionnelle adéquate, malgré les défis qu'elle a eus. Son examen ne révèle pas de symptômes anxieux ou psychotiques significatifs qui affecteraient son fonctionnement quotidien, relevant que l'assurée n'a aucun suivi spécialisé. La recourante ne rapporte d'ailleurs aucune plainte psychiatrique.

Le Dr A._____ écarte notamment le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) posé par le Dr F._____. Il relève que cette évaluation sort du domaine de compétence du Dr F._____, qui ne fournit en outre aucun détail supplémentaire dans ses rapports à ce sujet. De son côté, il observe que la recourante ne présente pas les symptômes principaux d'un trouble anxieux généralisé, tels qu'une anxiété et une inquiétude excessives sur une variété d'événements ou d'activités pendant la majorité des jours sur une période de plus de six mois. Ses constatations cliniques ne révèlent pas non plus de difficulté à contrôler l'inquiétude, ou la présence de plusieurs symptômes anxieux qui affectent de manière significative son fonctionnement social ou professionnel (expertise pp. 27-28).

Sans remettre en question la souffrance de l'assurée en lien avec les difficultés auxquelles elle est confrontée, il constate que sa réaction émotionnelle paraît tout à fait naturelle et que les périodes de fluctuations d'humeur ainsi que les sentiments de dévalorisation qu'elle rapporte ne remplissent pas les critères diagnostiques complets d'un trouble dépressif, en l'absence d'une humeur constamment déprimée sur

une période prolongée, d'une perte significative d'intérêt ou de plaisir, ou encore de changements significatifs dans son fonctionnement quotidien (expertise p. 27).

L'expert psychiatre a par ailleurs complété son évaluation au moyen d'un examen mini-CIF-APP, lequel n'a montré aucune limitation particulière dans les différents domaines explorés (expertise pp. 30-31). Il conclut à l'absence de limitations fonctionnelles d'origine psychiatrique et à une capacité de travail pleine et entière en toutes activités (expertise p. 29).

d) A l'issue de leur évaluation consensuelle, les experts concluent à l'existence chez la recourante d'une capacité de travail entière dans l'activité de professeure, qu'ils estiment compatible avec ses limitations fonctionnelles puisqu'elle lui permet de changer de position régulièrement. Selon eux, cette capacité existe depuis l'arrivée en Suisse de la recourante, hormis pendant six mois, de septembre 2018 à mars 2019, dans les suites de sa quatrième chirurgie lombaire (expertise p. 8-9).

Le SMR relève de manière pertinente que la recourante ne garde une pleine capacité de travail que dans son activité habituelle de professeure des écoles et non comme professeure d'éducation physique, laquelle n'est plus exigible compte tenu de la nécessité de montrer aux élèves les exercices et de posséder de bonnes capacités articulaires et physique (avis du 23 mai 2024).

Dans son avis du 23 mai 2024, le SMR retient en outre l'existence d'une capacité de travail nulle en toutes activités de janvier 2012 à fin août 2012, au vu des trois interventions chirurgicales intervenues entre janvier 2012 et juin 2012 selon le rapport d'expertise. Les informations au dossier sur la date des opérations subies par la recourante au Portugal divergent cependant quelque peu, puisque le Dr F. _____ indique dans ses rapports que la première intervention date de 2011.

5. Il résulte de ce qui précède que, depuis son arrivée en Suisse en août 2012, la recourante bénéficie d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de professeure des écoles, hors éducation physique. Comme l'intimé l'a constaté, elle ne remplit dès lors pas la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, à savoir l'existence d'une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % pendant une année. Pour cette raison, la question de savoir si la recourante aurait subi une telle incapacité de travail lorsqu'elle se trouvait au Portugal, respectivement si elle réalise les conditions d'assurance, lesquelles exigent une période de cotisation de trois années, dont au moins une année en Suisse, avant la survenance de l'invalidité pour pouvoir toucher une rente d'invalidité (art. 36 al. 1 LAI en lien avec les ch. 3004 et 3005 CIBIL [Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI]), peut demeurer indécise.

6. Les pièces médicales au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, les requêtes de la recourante tendant à son audition, à celle des Drs F. _____ et R. _____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise peuvent dès lors être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) Le recours est par conséquent rejeté et la décision litigieuse 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Aliénor Winiger peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 22 septembre 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'564 fr. 85, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**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 10 octobre 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Aliénor Winiger, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 3'564 fr. 85 (trois mille cinq cent soixante-quatre francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.

VI. La partie 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Aliénor Winiger (pour C. _____),
- 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 :