

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mmes Pasche et Livet, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

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. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...], au bénéfice d'un CFC (certificat fédéral de capacité) d'employée de bureau obtenu en 1991, a exercé diverses activités professionnelles, dont en dernier lieu celle de concierge à 30 % pour le compte de [...], depuis janvier 2000, ainsi que celle d'aide de maison à 70 % au service de la [...], depuis janvier 2014.

Le 17 août 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant, quant au genre de l'atteinte à la santé : « mal au bas du dos avec étirement douloureux sur la cuisse et la jambe gauche et fourmillement sur le pied gauche », présente depuis mars 2020. Elle a en outre indiqué être en incapacité de travail totale depuis le 27 janvier 2021.

Par courriel du 6 septembre 2021, l'assurée a transmis à l'OAI plusieurs rapports d'imagerie, dont un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne dorsale et lombaire du 22 janvier 2021 du Dr [...], spécialiste en radiologie, faisant état d'une petite hernie discale L3-L4 paramédiane et foraminale gauche responsable d'un conflit radiculaire L4 gauche, de discarthrose et arthrose facettaire responsables d'un rétrécissement canalaire de stade B en L3-L4 et d'une arthrose facettaire pluri-étagée avec composante inflammatoire de L3 à S1, plus marquée en L3-L4 gauche.

Lors d'un entretien téléphonique du 15 septembre 2021, l'assurée a indiqué à l'OAI que les séances de physiothérapie et d'ergothérapie, de même que deux infiltrations, n'avaient pas permis d'améliorer ses douleurs. Elle bénéficiait en outre d'un suivi psychiatrique et psychologique.

Par courrier du 30 septembre 2021, l'assurée a été conviée à un entretien d'évaluation auprès de l'OAI dans le cadre de la phase d'intervention précoce.

Selon un document intitulé « IP - Rapport initial » du 12 octobre 2021, une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a estimé que l'assurée n'était pas en mesure de se projeter quant à une réinsertion et qu'une reprise professionnelle dans son activité habituelle était inenvisageable pour elle. En raison de son état de santé instable, de ses douleurs importantes et de ses limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait envisager une quelconque activité à ce jour. Néanmoins, si son état de santé devait se stabiliser, l'intéressée pourrait envisager de retravailler dans le domaine administratif, avec toutefois une contre-indication à la position statique.

Par communication du 13 octobre 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pour l'heure pas envisageables.

Dans un rapport à l'OAI du 15 novembre 2021, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a fait état des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lomboradiculalgies chroniques L4 gauches déficitaires secondaires à des troubles dégénératifs pluri-étagés et de hernie discale L3-L4 paramédiane et foraminale gauche responsable d'un conflit radiculaire L4. Il est décrit également un état dépressif avec une relation symbiotique avec sa fille. Selon le praticien, l'assurée avait souffert d'un lumbago en mars 2020, avec des douleurs intenses du dos, en position debout, à la maison et au travail, l'obligeant à s'asseoir. Les douleurs l'empêchaient de dormir, provoquant une fatigue intense et l'introduction d'un traitement d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), d'anti-douleurs, de myorelaxants et la physiothérapie n'avaient pas amélioré la situation. La position debout [stationnaire] (par exemple, pour laver la vaisselle) lui était impossible, alors que la position assise était limitée à 15 minutes et le périmètre de

marche à 20 minutes. Le médecin traitant, qui attestait une incapacité totale de travail depuis le 11 mars 2020, ne pouvait toutefois pas se prononcer sur le pronostic d'une amélioration de la capacité de travail. Il a annexé plusieurs documents, dont des rapports des 19 février et 15 juillet 2021 du Dr [...], spécialiste en anesthésiologie auprès de l'Institut [...], où l'assurée avait bénéficié d'une stratégie multidisciplinaire, médicamenteuse, physique, psychologique et interventionnelle, avec des infiltrations.

Par lettre du 22 novembre 2021, le Dr [...] a fait savoir à l'OAI que les intervenants auprès de l'Institut [...] n'étaient jamais associés à l'évaluation professionnelle ou d'invalidité de leurs patients et qu'ils ne souhaitaient pas se prononcer sur leur capacité de travail.

Dans un rapport du 13 mai 2022, le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches dans un contexte d'extrusion discale L3-L4 de situation para-médiane et récesso-foraminale gauche et d'hyperlaxité ligamentaire, ainsi que d'état anxiodépressif persistant, avec status après mobbing entraînant une phobie sociale et des troubles obsessionnels. Il mentionnait également des dorsalgies interscapulaires, des souffrances algo-dysfonctionnelles avec troubles posturaux, des gonalgies gauches et une insuffisance veino-lymphatique des membres inférieurs, toutefois sans influence sur la capacité de travail. Il faisait état d'un pronostic sombre quant à une reprise du travail, en raison d'un contrôle douloureux non satisfaisant, s'expliquant par les troubles dégénératifs disco-vertébraux, associé à d'autres facteurs de risque tel qu'un état dépressif dont l'équilibre restait encore précaire. L'assurée était limitée notamment dans les activités en zone basse, pour le port de charges ou les positions en porte-à-faux et l'alternance de postures était recommandée.

Dans un compte rendu du 17 juin 2022, la cellule d'échange du SMR a considéré que les troubles lombaires de l'assurée, accompagnés

d'une fragilité psychique, n'étaient pas compatibles avec l'activité exercée habituellement, et préconisait la poursuite de l'instruction médicale.

Dans un rapport du 25 août 2022, la Dre C._____, spécialiste en neurologie, a exposé que la patiente présentait une lombo-sciatalgie L5 gauche, qui corrélait avec une hypoesthésie en regard, associée à des sensations symétriques de crampes douloureuses de la face antérieure des cuisses à l'effort. Par ailleurs, l'examen électrophysiologique pratiqué ne montrait pas de signe d'une atteinte radiculaire L3-L4-L5, étant précisé que les investigations électroneuromyographiques n'étaient pas en mesure d'explorer la portion pré-ganglionnaire des neurones sensitifs.

Par courriel du 13 octobre 2022, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'après discussion avec le Dr V._____, aucune opération n'était pour l'heure prévue.

Dans un rapport du 25 novembre 2022 relatif à des consultations des 6 octobre et 15 novembre précédents, le Dr V._____ a confirmé, au vu du contexte personnel de la patiente et de l'absence d'efficacité au long cours des mesures antalgiques instrumentales, qu'il lui semblait préférable de ne pas envisager de sanction chirurgicale décompressive, malgré l'existence d'un canal lombaire étroit avec extrusion discale paramédiane et recesso-foraminale gauche, source de conflit potentiel vis-à-vis des racines L3 et L4 gauche.

Dans un avis médical du 27 février 2023, le SMR a demandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, avec volets de rhumatologie et psychiatrie.

Le 10 mai 2023, la réalisation de dite expertise a été confiée au F._____, (ci-après : le F._____), à [...]. Dans leur rapport du 12 septembre 2023, les Drs Q._____, spécialiste en rhumatologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de lombosciatalgie gauche non irritative et non déficitaire, avec examen neurologique normal, sur discopathie et arthrose postérieure (M54.4 et

M51.0). Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant n'était retenu, étant néanmoins mentionnés des troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de l'alcool, usage nocif pour la santé (F10.1), sans incidence sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles proscrivaient les efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, les porte-à-faux du buste, limitaient le port de charge proche du corps à 5 kg et devaient permettre les changements de position réguliers. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. Pour les experts, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle en raison des atteintes somatiques, alors que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était pleine et entière.

Dans un avis médical du 20 septembre 2023, le SMR, considérant qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise susmentionnée, qui prenait en compte l'ensemble des éléments médicaux, a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, à savoir : pas d'efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste et port de charge proche du corps limité à 5 kg.

Dans un document intitulé « REA - rapport intermédiaire » du 29 janvier 2024, l'OAI a indiqué qu'aucune mesure de réadaptation n'était envisageable.

Dans un document intitulé « Calcul du degré d'invalidité » du 2 février 2024, l'OAI a considéré que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore comme ouvrière dans le conditionnement.

Par pli du 1^{er} mars 2024, l'assurée, représentée par Me Cécilie Carlsson, avocate à Lausanne, a déclaré s'opposer aux conclusions des

experts du F._____ aux termes desquelles les résultats d'analyse en laboratoire auraient montré une consommation abusive d'alcool, arguant qu'elle n'en consommait pas du tout et requérant qu'une nouvelle expertise, respectivement de nouvelles analyses conformes à la réalité soient établies. Elle a joint un rapport d'analyses effectuées le 22 février 2024 à la demande du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, mettant en évidence une concentration d'éthylglucuronide inférieure à 0,10 mg/l, signifiant une absence de consommation d'alcool dans les 36 heures précédant le prélèvement.

Dans un avis du 27 mars 2024, le SMR a considéré que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments médicaux pouvant remettre en cause ses conclusions, notamment concernant la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, qui étaient en lien avec des atteintes somatiques. Il a exposé que le dosage utilisé dans l'expertise était beaucoup plus sensible que celui ressortant du rapport d'analyse produit par l'assurée, qui était un marqueur indirect de l'abus d'alcool, ce qui pouvait expliquer la différence entre les résultats, tout en précisant que des faux-positifs et faux-négatifs étaient au demeurant possibles. Il soulignait en outre que l'expert psychiatre n'avait pas retenu de syndrome de dépendance à l'alcool ni d'autre atteinte psychiatrique incapacitante.

Par projet de décision du 27 mars 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. Il a retenu que dès le 6 février 2021, l'assurée était en incapacité de travail et que l'exercice de son activité habituelle n'était plus considéré comme étant en adéquation avec son état de santé. Il ressortait néanmoins du dossier qu'à l'issue du délai d'attente d'un an, l'assurée présentait une capacité de travail pleine et entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas d'efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, pas de porte-à faux du buste, port de charge proche du corps limité à 5 kg. Après comparaison des revenus, en 2022 - année d'ouverture de l'éventuel droit à une rente -, le degré d'invalidité était de 4,9 %, 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 14,41 % ainsi obtenu était toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Dans un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 28 mars 2024, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a fait état de discopathies étagées associées à des altérations dégénératives inter-facettaires gauches, s'étendant de C3-C4 à C6-C7 et présentant un caractère fortement actif caractérisé par des altérations du signal de la spongieuse et une infiltration œdémateuse des tissus mous para cervicaux, ainsi que d'une sténose des trous de conjugaison C4-C5 à C6-C7, résultant des discopathies et du remaniement dégénératif, à l'origine d'une possible irritation des racines nerveuses C5 et C6 bilatéralement ainsi que C7 gauche dans leur trajet intra-foraminal.

Lors d'un entretien du 17 mai 2024 dans les locaux de l'OAI, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision du 27 mars précédent. Elle a pour l'essentiel réitéré les contestations à l'encontre de l'expertise, formulées dans sa lettre du 1^{er} mars 2024. Elle a en outre contesté disposer d'une quelconque capacité de travail et a fait valoir une aggravation de sa situation médicale en se prévalant du rapport d'IRM susmentionné.

Par communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assurée un délai supplémentaire pour produire de nouveaux rapports médicaux.

Dans un certificat médical du 1^{er} juillet 2024, le Dr X. _____ a indiqué que l'assurée, pour laquelle il attestait d'une incapacité de travail à 100 %, se plaignait d'une fatigue chronique et de ruminations, et était essentiellement limitée par ses rachialgies ainsi que par son trouble anxio-dépressif. Elle ne pouvait pas rester dans la même position trop longtemps, ni soulever de charges.

Dans un rapport du 15 octobre 2024, le Prof. D._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué avoir vu l'assurée pour une évaluation à une hospitalisation multimodale, sous la forme d'un bilan étiologique multidisciplinaire de douleurs diffuses après échec de la prise en charge ambulatoire. Il suspectait notamment une fibromyalgie de type péri-ménopause, avec arthromyalgie diffuse, enthésiopathie et tendinopathie, chez une patiente qui se plaignait de douleurs diffuses dans tout le corps avec sensations de gonflement, par exemple aux condyles des coudes, d'une grande fatigue et d'un syndrome dépressif. Le spécialiste faisait en outre état d'une hypertrophie des articulations IPD (interphalangiennes distales) et de sensations de douleurs neuropathiques irradiantes dans les deux jambes.

Aux termes d'un courriel du 30 octobre 2024, la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI qu'elle ne pouvait pas donner suite à sa demande de rapport, car elle n'avait vu l'assurée en consultation qu'une seule fois.

Par courrier du 5 novembre 2024, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle n'avait pour l'heure plus de consultation agendée en psychiatrie, faute de disponibilités de la Dre [...].

Dans un nouveau rapport du 14 janvier 2025 relatif à un séjour en hospitalisation multimodale du 11 au 22 novembre 2024, le Prof. D._____ a fait état de ce qui suit (sic) :

« **Diagnostics retenus :**

- **Lombosciatalgies dégénératives et biomécanique avec :**
 - Sciatalgie invalidante et hypoesthésie L5-S1 sans déficit moteur après accouchement par voie basse en 2000.
 - Discarthrose, spondylarthrose L4-L5, Rupture de l'anneau fibreux en L4, possible conflit L3 gauche, Canal lombaire étroit de grade C à D, enthésopathie des interépineux.
 - Contrôle proprioceptif lombo-pelvi-fémoral déficient et version pelvienne accentuée.
- **Dorsalgies interscapulaires sur :**
 - Extrusion discale paramédiane droite en T5 - T6, entrant en contact avec le cordon médullaire, sans induire de myélopathie.

- Crispation musculaire diffuse et hypokinésie de la ceinture scapulaire.
- **Gonalgies principalement gauches sur syndrome fémur-patellaire.**
 - Chondrolyse grade 3-4
- **Arthrose débutante des mains, IPD**
- **Possible Désordre de l'spectre de l'hypermobilité (DSH) historique avec :**
 - Beighton score au présent à 3/9 ; 5PQ=5/5.

Antécédents et comorbidités :

- Fibromyalgie de type péri-ménopause avec arthromyalgie diffuse, enthésiopathie, tendinopathie
- Arthrose des mains, IPD débutante »

Le Prof. D. _____ a exposé que l'assurée, qui avait participé à un séjour multimodal de prise en charge de diagnostic et de rééducation, s'était montrée pleinement motivée et participative, mais que sa participation aux différentes thérapies avait été entravée par ses douleurs, et potentiellement sa kinésiophobie et son catastrophisme. Une IRM de la colonne lombaire, pratiquée durant le séjour, faisait état d'une lombodiscarthrose L4-L5 et L5-S1 sans conflit radiculaire. Le spécialiste concluait à un syndrome douloureux chronique complexe marqué par des facteurs dégénératifs associés à une problématique psychosociale. Les limitations fonctionnelles incluaient une kinésiophobie marquée et des difficultés rapportées dans les activités du quotidien (toilettes, tâches ménagères) confirmant une diminution notable des capacités physiques, ainsi que des troubles cognitifs et d'altération de la concentration, aggravés par une fatigue chronique et un sommeil fragmenté, compromettant la gestion simultanée de multiples responsabilités. Il estimait ainsi que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et que, dans l'hypothèse d'une reconversion professionnelle, même avec des aménagements spécifiques pour alléger les contraintes physiques, la capacité de travail de la patiente ne dépassait pas 30 %.

Dans un avis médical du 30 janvier 2025, le SMR a considéré que les éléments produits par l'assurée n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions. Il a apprécié la situation en ces termes (sic) :

« [...]

Discussion

Lors de l'hospitalisation en rhumatologie, il n'est pas apporté d'élément nouveau il est retenu, comme lors de l'expertise, que

notre assurée présente des lombosciatalgies chroniques de longue date et exacerbées lors d'un conflit au travail. Lors de leurs analyses, il est pris en compte des éléments de nature non médicale et des éléments d'ordre psychiatrique, qui ne sont pas de leur ressort. L'analyse des indicateurs jurisprudentiels a été faite lors de la mesure expertale. Notre assurée n'a plus de suivi psychiatrique actuellement.

Les doléances de notre assurée, en lien avec les douleurs diffuses, sont connues de longue date, ont déjà été pris en charge par le MPR Dr V._____, la neurologue Dresse C._____ et leur analyse a été pris en compte lors de la mesure expertale.

*Il est noté en page 17 de l'expertise : Évaluation de la cohérence et de la plausibilité Il semble exister une certaine incohérence entre la description de la vie quotidienne de l'expertisée et la façon dont elle s'est déshabillée au cours de cette expertise. Néanmoins, elle présente une douleur lombaire latéralisée du côté gauche et on ne trouve pas d'anomalie à l'examen neurologique, ceci étant d'ailleurs confirmé par l'examen neurologique avec électromyogramme. Les constatations objectives radiologiques et cliniques ne peuvent expliquer l'attitude de l'expertisée ni la douleur ressentie, qui, malgré tout, n'entraîne pas de prise d'antalgique en continu. L'expertisée a toujours été compliant aux traitements. Le contexte psychosocial paraît très favorable. Les limitations sont uniformes mais ne sont pas cohérente avec les constatations objectives, à la fois radiologiques et cliniques. Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés Il s'agit d'une expertisée qui n'assure que peu de gestes de la vie quotidienne. Elle est pourtant autonome et capable de conduire et se rend en vacances en faisant 11 heures de train. Ses ressources internes semblent altérées par des facteurs extra-somatiques. En revanche, ses ressources externes sont très présentes.
[...] »*

Par décision du 4 février 2025, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, confirmant en tout point son projet du 27 mars 2024.

Dans une prise de position du même jour, l'OAI a indiqué que les nouveaux rapports médicaux produits par l'assurée, relatifs à la situation sur le plan rhumatologique, n'étaient pas susceptibles de remettre en cause ses conclusions quant à la capacité de travail. Il notait par ailleurs, s'agissant des résultats d'analyse mentionnés dans le rapport d'expertise du F._____, qu'aucune atteinte incapacitante, telle qu'un syndrome de dépendance à l'alcool n'était retenu, si bien que les analyses relatives à la consommation d'alcool n'avaient eu aucune incidence dans la détermination du droit aux prestations de l'assurée ; aucun complément

d'instruction n'était dès lors justifié de ce point de vue. L'OAI exposait, en outre, qu'en vertu de son devoir de tenue correcte des dossiers ressortant de l'art. 46 LPGA, il ne pouvait procéder à la suppression des passages de l'expertise mentionnant les analyses précitées, dont il ressortait au demeurant du dossier qu'ils étaient contestés et sujets à caution.

B. Par acte du 20 février 2025, H._____, désormais représentée par Procap Suisse, a interjeté recours contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice. A l'appui de ses conclusions, la recourante a reproché à l'intimé de n'avoir pas examiné si les atteintes rhumatologiques survenues ultérieurement à l'expertise réalisée par le F._____ avaient une incidence sur sa capacité de travail. Elle soutenait en particulier que l'avis SMR du 30 janvier 2025, sur lequel l'OAI s'était fondé pour rendre la décision entreprise, avait omis d'examiner l'incidence des pathologies supplémentaires ressortant du rapport du 15 octobre 2024 du Prof. D._____, ce qui devait conduire à l'admission du recours.

Par décision du 24 février 2025, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 février 2025, en ce sens qu'elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires, tout en étant astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} avril 2025.

Dans sa réponse du 26 mars 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en renvoyant au surplus à l'avis SMR du 30 janvier 2025.

Le 29 avril 2025, la recourante a fait savoir qu'elle n'avait pas d'observations à formuler.

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 des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 17 août 2021.

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 a été déposée le 17 août 2021. C'est donc le droit en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui est applicable au cas d'espèce.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

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

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte 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_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

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

b) aa) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire réalisé par le F. _____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par des experts spécialistes. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle et psychosociale), l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations et examens de laboratoire notamment). Elle prend, par ailleurs, en compte les plaintes de l'expertisée que les experts ont confrontées avec leurs constatations objectives. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, la gravité des troubles retenus ainsi que la cohérence. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire réalisée par les deux experts et sont bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

bb) Sur le plan matériel, les experts ont posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, se référant par ailleurs à un système de classification reconnu, à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Ils ont été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus, chacun dans leur discipline. En particulier, sur le plan psychiatrique, l'expert a expliqué et motivé de manière circonstanciée les raisons justifiant d'exclure certains diagnostics susceptibles d'entrer en ligne de compte. Les experts ont, en outre, procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes et se sont prononcés sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante.

cc) Du point de vue somatique, l'expert rhumatologue a posé le diagnostic de lombosciatalgie gauche non irritative et non déficitaire, avec examen neurologique normal, sur discopathie et arthrose postérieure (M54.4 et M51.0). Le Dr Q. _____ a expliqué que la recourante présentait

des douleurs lombaires relativement anciennes, en référence à des examens d'imagerie de 2001 et 2004 montrant une petite discopathie L5-S1, respectivement une discopathie L4-L5 sans conflit et séquelle de Scheuermann ainsi qu'une discopathie D12-L1, sans conflit disco-radulaire. Plus récemment, l'IRM du 22 janvier 2021 avait mis en évidence une hernie discale L3-L4 à développement foraminaux gauche en contact avec la racine L4 gauche, ainsi qu'une atteinte articulaire postérieure L3-L4 gauche et, de façon générale, étagée du côté gauche. L'assurée avait ensuite consulté l'Institut [...] et bénéficié de plusieurs infiltrations, en dernier lieu en juin 2022, lesquelles n'avaient pas significativement amélioré la situation. Une amélioration était toutefois rapportée par l'assurée depuis le début de sa prise en charge auprès de son actuel physiothérapeute ; l'expert préconisait dès lors la poursuite de cette thérapie, associée au traitement antalgique et à la Duloxétine. L'expert relevait qu'il n'y avait en revanche aucune indication chirurgicale, l'examen neurologique d'août 2022 n'ayant montré aucune anomalie ou élément objectif permettant de mettre en évidence une compression neurologique, aucune atteinte radulaire ni tronculaire, de même qu'un électromyogramme parfaitement normal. Le Dr Q._____ relevait l'existence d'une certaine incohérence entre la description de la vie quotidienne de l'expertisée et la façon dont elle s'était déshabillée lors de l'examen d'expertise. Pour l'expert, les constatations objectives radiologiques et cliniques ne permettaient pas d'expliquer l'attitude de la recourante, ni la douleur ressentie, qui, malgré tout, n'entraînait pas de prise d'antalgique en continu chez une patiente qui avait par ailleurs toujours été compliant aux traitements. Il relevait encore que la recourante n'assurait que peu de gestes de la vie quotidienne, alors qu'elle était pourtant autonome et capable de conduire et de se rendre en vacances à 11 heures de train. Il en concluait que ses ressources internes semblaient altérées par des facteurs extra somatiques, tandis que ses ressources externes étaient très présentes. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, alors que sa capacité de travail était pleine et entière dans une activité adaptée, ce depuis toujours. Il a finalement retenu, comme limitations fonctionnelles, l'absence d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg ainsi que de porte-à-faux du

buste, la limitation du port de charges proche du corps à 5 kg, ainsi que le changement de position régulier.

dd) Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Le Dr B._____ a toutefois fait état, à titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de l'alcool, usage nocif pour la santé (F10.1), en raison d'une mesure de PEth (phosphatidyléthanol) sanguin revenue à un taux de 140 µg/l, ce qui révélait une consommation importante d'alcool, alors que l'expertisée avait indiqué ne pas consommer du tout et que le dépistage urinaire et clinique avait montré une abstinence le jour de l'expertise. Il a précisé qu'aucune conséquence médico-légale particulière en rapport à la consommation d'alcool ne pouvait être mise en évidence chez une expertisée qui ne semblait pas empêchée d'interagir et n'avait notamment pas de dette, ni de problème judiciaire. En outre, aucun élément en faveur d'un syndrome de sevrage n'était identifié. L'expert en concluait que la consommation n'était pas incapacitante dès lors qu'elle relevait d'un abus et non d'un degré de dépendance et qu'il n'y avait aucune comorbidité addictive associée ni aucun trouble de la personnalité ou de trouble thymique ou anxieux. La consommation d'alcool appelait toutefois à la vigilance du corps médical chez une assurée aux traits de personnalité évitante non décompensée et face à un tableau d'algies chroniques.

L'expert a ensuite expliqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas retenir d'épisode dépressif, quel que soit son intensité. Il a exposé que les propos rapportés par la recourante n'allaient pas dans le sens d'une perte d'envie, d'intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles, qui étaient conservées, principalement en lien avec sa famille, qui constituait son principal centre d'intérêt. La recourante, qui indiquait ne jamais avoir été triste plus de deux semaines d'affilée, était en mesure de participer à la tenue du foyer, avec le soutien de sa famille. Elle était par ailleurs capable notamment de sortir, de se promener, de maintenir des liens de qualité avec sa famille et de s'occuper de ses petits-enfants. Il en concluait que la symptomatologie n'avait jamais été suffisante pour

permettre d'individualiser un épisode dépressif, étant précisé que le suivi psychiatrique et psychologique étaient désormais tous deux interrompus.

Le Dr B._____ a également écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, les éléments caractéristiques n'ayant pas été mis en évidence. Selon l'expert, il n'était retrouvé aucune détresse psychologique chez l'assurée qui, au contraire, était euthymique malgré des allégations de tristesse, et gardait confiance et optimisme. La recourante semblait garder une belle autonomie au quotidien et participait à la tenue du foyer bien que secondée par sa famille. Elle ne multipliait pas les avis spécialisés, les investigations paracliniques et les rendez-vous médicaux et elle ne ruminait pas sur ses douleurs. Elle n'avait recours que très ponctuellement au traitement antalgique et était en mesure de se rendre en ville à pied, de conduire, de rendre visite à sa fille, de recevoir des invités à son domicile et de voyager (11 heures de train l'été précédent). Il n'y avait pas d'empêchement d'interagir avec autrui et le lien conjugal et plus largement familial était stable et de qualité, ce qui permettait à l'expert de conclure à la présence de belles ressources et d'exclure formellement toute notion de trouble somatoforme douloureux chez une assurée ne présentant aucun trouble psychiatrique décompensé.

L'expert psychiatre a encore expliqué qu'il ne pouvait retenir aucun trouble anxieux chez une assurée qui ne présentait aucune tension ou irritabilité, aucun trouble du sommeil et aucune difficulté de concentration ou de mémorisation malgré une propension à se faire du souci facilement du fait de traits évitants et d'une nature basale anxieuse non décompensée. Les trois à quatre phénomènes anxieux paroxystiques à l'année relatés par la recourante ne permettaient pas de retenir un trouble panique du fait du trop faible nombre d'épisodes. L'expert ne constatait aucun rituel, TOC [troubles obsessionnels compulsifs], ni aucune crainte spécifique ou phobie sociale incapacitants. Selon son appréciation et son examen, le Dr B._____ ne retrouvait donc pas les éléments avancés par le Dr V._____ dans ses rapports des 13 mai et 25 novembre 2022 évoquant un état anxiodépressif, une phobie sociale et des TOC, respectivement des attaques de panique, soulignant en outre que de tels

diagnostics n'avaient jamais été évoqués par le Dr X._____ qui, pour sa part, mentionnait un état dépressif dans son rapport du 15 novembre 2021.

Le Dr B._____ a finalement attesté d'une pleine capacité de travail depuis toujours, sans limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique.

c) La recourante reproche au SMR, respectivement à l'OAI, de n'avoir pas pris en compte les atteintes ressortant de rapports médicaux postérieurs à l'expertise. Elle prétend en effet que le SMR n'a pas examiné le rapport du 15 octobre 2024 du Prof. D._____, faisant état de la présence d'une fibromyalgie de type péri-ménopause, avec arthromyalgie diffuse, enthésiopathie et tendinopathie, soit des maladies qui étaient absentes au moment de l'évaluation par les experts, lesquelles avaient en particulier exclu tout signe de fibromyalgie. La recourante soutient que, pour ce seul motif, l'admission du recours et le renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction seraient justifiés.

aa) On relèvera, en premier lieu, que le rapport du 15 octobre 2024 du Prof. D._____ avait pour objet une évaluation à une hospitalisation multimodale, au terme de laquelle il a conclu que la recourante était une bonne candidate pour ce programme et serait hospitalisée à cet effet du 11 au 22 novembre suivants. On observera, à cet égard, que si ce médecin mentionne effectivement une fibromyalgie dans ce rapport d'évaluation, ce diagnostic n'est pas repris en tant que tel dans son rapport d'hospitalisation subséquent, rédigé le 14 janvier 2025.

Par ailleurs, il sied de constater que, contrairement à ce que prétend la recourante, le SMR a bien pris en compte les rapports précités et expliqué les motifs pour lesquels il considérait qu'ils n'apportaient pas d'élément permettant de modifier son appréciation, notamment par le fait que les plaintes de la recourante en lien avec ses douleurs diffuses dans le cadre de lombosciatalgies chroniques étaient connues de longue date, avaient été prises en charge par les Dr V._____ et C._____ et leurs

analyses respectives discutées par les experts du F._____ (cf. avis SMR du 30 janvier 2025).

bb) Pour le reste, il y a lieu de constater que les rapports précités, produits par l'assurée dans le cadre de ses objections, ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions expertales.

Le rapport du 14 janvier 2025 du Prof. D._____ décrit un tableau complexe de lombosciatalgies dégénératives et biomécaniques, dorsalgies interscapulaires, gonalgies principalement gauches sur syndrome fémoro-patellaire, arthrose débutante des mains (articulation interphalangienne distale), possible désordre du spectre de l'hypermobilité historique, et antécédents multiples (fibromyalgie de type péri-ménopause avec arthromyalgie, enthésiopathie et tendinopathie, troubles du sommeil et migraines, syndrome anxio-dépressif, surpoids avec BMI [*Body Mass Index*] de 29, hypermobilité, polyarthrose cervicale et lombaire, discopathie diffuse et rétrécissement lombaire spinal de grade D anamnestique). Il constate que les douleurs sont anciennes, chroniques, diffuses et invalidantes, avec troubles du sommeil, fatigue, kinésiophobie et catastrophisme. Il relate une hospitalisation du 11 au 22 novembre 2024 pour un bilan étiologique multidisciplinaire et un traitement multimodal de la douleur (rhumatologie et médecine physique et de réhabilitation, médecine interne, gynécologie, antalgie, ostéopathie, chiropraxie, physiothérapie, ergothérapie, sommeil, psychiatrie), dont le bénéfice immédiat s'est révélé limité. Les tests standardisés ont mis en évidence un niveau élevé de douleur, d'incapacité fonctionnelle et de limitations dans la vie quotidienne. Le consensus de l'équipe a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, et une capacité de travail maximale de 30 % dans une activité adaptée.

On relèvera ici que le rapport en question fait suite à un séjour de la recourante pour un traitement multimodal de la douleur. Or un tel traitement, par essence, se fonde, pour une part importante, sur les plaintes du patient et, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral, la douleur,

par sa nature, est essentiellement subjective et ne peut pas, selon l'état actuel de la science médicale, être objectivée par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie (cf. TF 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.3 et les références citées). Cela étant, le rapport en question n'a pas de but expertal mais relate essentiellement des constatations somatiques et fonctionnelles, les plaintes de la recourante et les thérapies testées durant le séjour. Il atteste, pour l'essentiel, de la chronicité et de la complexité de la symptomatologie douloureuse. Toutefois, il ne contient pas d'éléments nouveaux de nature clinique ou diagnostique, propre à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, les experts du F._____ ont procédé en leur temps à une évaluation spécialisée et approfondie de la capacité de travail, selon une méthodologie reconnue et pluridisciplinaire, alors que le rapport du Prof. D._____ se limite à décrire un état douloureux subjectivement invalidant sans démontrer d'atteintes objectivement invalidantes supplémentaires. En outre, le médecin précité, qui retient une capacité de travail maximale de 30 % dans une activité adaptée, ne définit pas de limitations fonctionnelles précises qui n'auraient pas été prises en compte par les experts, ni n'établit de corrélation médicale stricte entre les diagnostics posés et la capacité de travail résiduelle retenue. Enfin, le rapport met également en exergue le fait que la peur d'avoir mal exerce une grande influence sur les attitudes de la recourante.

d) Au vu de ce qui précède, les documents produits par la recourante ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou en établir le caractère incomplet. Il convient donc de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du F._____ établi le 12 septembre 2023, dont la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter. Partant, il sied de suivre les conclusions des experts et de retenir que la recourante a présenté une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, dès février 2021, et une pleine capacité de travail, depuis toujours, dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles, à savoir un travail permettant d'éviter les efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg ainsi que les de porte-à faux du buste et de limiter le port de charge proche du corps à 5 kg.

7. Sur le plan économique, la recourante ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, ni le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires ou le calcul du taux d'invalidité, lequel aboutit à un degré d'invalidité de 5 %, respectivement de 14 % dès le 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 le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). Vérifiés d'office, ces éléments peuvent être confirmés.

Pour le surplus, le taux d'invalidité, inférieur à 20 %, n'ouvre pas le droit à des mesures d'ordre professionnel.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 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).

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 4 février 2025 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse, pour H. _____,
- 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 :