

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 avril 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Piguet, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,
et

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

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

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le ***1990, au bénéfice de deux CFC, l'un obtenu en 2010 en tant que réalisatrice publicitaire et l'autre en 2013 comme gardienne d'animaux, a notamment travaillé en qualité de vendeuse et gardienne d'animaux à 80% pour l'entreprise B._____ AG du 1^{er} juin 2018 au 30 avril 2022.

Dès le 31 août 2021, l'assurée s'est retrouvée en incapacité totale de travailler, d'abord en raison d'un accident, puis à compter du 14 octobre 2021 pour cause de maladie.

Au terme d'une procédure de détection précoce initiée le 19 mai 2022, l'assurée a déposé, le 28 juillet 2022, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant souffrir de douleurs intenses de type migraineux du côté gauche, de douleurs musculaires, de douleurs gastriques, et précisant être atteinte de borréliose, de bartonellose et d'hyperprolactinémie.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli les avis des médecins consultés par l'assurée, parmi lesquels celui de la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, qui a mentionné comme diagnostics, dans un rapport du 11 août 2022, une maladie de Lyme chronique (2022), des migraines récurrentes (2021), une endométriose (2021), un SIBO (Small Intestinal Bacterial Overgrowth ou dysbiose intestinale ; 2021), ainsi que des troubles de la thymie. A titre de limitations fonctionnelles, la médecin précitée a retenu une asthénie, ainsi que des douleurs chroniques de l'hémicorps gauche, sans déficit sensitivo-moteur. Elle a estimé la capacité de travail de l'assurée à 20% dans toute activité.

Sur demande de l'OAI, l'assurée a indiqué, le 9 septembre 2022, qu'elle revendiquait un statut de personne active à 80%.

L'OAI a également sollicité l'avis du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a, dans un rapport du 4 octobre 2022, posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent de sévérité élevée (F33.9), de trouble obsessionnel compulsif avec rituels au premier plan (F42.1), ainsi que de trouble anxieux généralisé (F41.1), précisant que les symptômes anxieux et dépressifs présentés par l'assurée étaient fortement liés à son état de santé somatique et à ses douleurs chroniques. Concernant la capacité de travail, le médecin indiquait que l'assurée pourrait assumer un taux de 20% dans une activité adaptée aux fluctuations de son état de santé.

Dans un rapport du 15 septembre 2022 transmis à l'OAI le 18 octobre 2022, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en neurologie, a conclu que les examens de laboratoires avaient montré trois conditions qui pouvaient être associées à des myalgies et à des douleurs articulaires, notamment une infection de la bactérie *Bartonella henselae*, une maladie de Lyme, ainsi qu'une intolérance primaire au lactose induisant une dysbiose. La ponction lombaire effectuée le 24 avril 2022 n'apportait toutefois pas d'argument pour une neuroborréliose.

Selon un questionnaire rempli le 25 octobre 2022, l'employeur de l'assurée a indiqué que celle-ci travaillait à raison de 6,72 heures par jour, soit 33,6 heures par semaine, pour un salaire annuel de 42'000 francs.

Par communication du 1^{er} novembre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation d'ordre professionnel.

Sur demande de l'OAI, la Dre L._____, spécialiste en rhumatologie, a fourni, le 9 décembre 2022, un rapport du 17 décembre 2021, au terme duquel, après avoir passé en revue les différents troubles évoqués par l'assurée, elle a écarté les diagnostics de maladie de Lyme chronique et de fibromyalgie, ainsi que la présence d'une maladie inflammatoire chronique, et a préconisé la poursuite de la physiothérapie et

la prise d'anti-inflammatoires et d'un décontractant musculaire en cas de contractures sévères.

Dans un rapport du 12 décembre 2022, transmis à la demande de l'OAI, la Dre M._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a indiqué que l'hyperprolactinémie idiopathique n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans le cadre de la poursuite de l'instruction, la Dre N._____, spécialiste en neurologie, a fait parvenir à l'OAI, le 15 décembre 2022, un rapport de consultation du 30 août 2022, dans lequel elle a retenu le diagnostic de migraines épisodiques sans aura et encouragé l'instauration d'un traitement de fond par anticorps anti-CGRP dont le remboursement avait apparemment été accordé par l'assureur-maladie.

L'assurée a également été reçue en consultation par la Dre P._____, spécialiste en anesthésiologie, qui a, dans un rapport du 15 décembre 2022, proposé une prise en charge par hypnose.

Au terme d'un rapport du 16 décembre 2022, le Dr R._____, spécialiste en ophtamologie, a précisé que l'assurée ne connaissait aucune restriction dans ce registre.

Dans un rapport du 22 novembre 2022 adressé à l'OAI le 29 décembre 2022, la Dre T._____, spécialiste en gastroentérologie, a indiqué que les troubles fonctionnels intestinaux dont souffrait l'assurée depuis 2021 n'avaient pas d'incidence sur sa capacité de travail.

Sur demande de l'OAI, la Dre I._____, spécialiste en neurologie, lui a fait parvenir, le 10 janvier 2023, un rapport du 20 mai 2022, dans lequel elle mentionnait l'absence d'explication neurologique aux plaintes multiples de l'assurée, hormis pour les céphalées à caractère migraineux. Elle recommandait d'effectuer une IRM cérébrale et cervicale pour exclure toute lésion qui pourrait expliquer les douleurs hémicorporelles

et a écarté le diagnostic de neuroborréliose. L'IRM en question, réalisée le 10 juin 2022, s'est révélée dans les limites de la norme.

Le dossier constitué auprès de BD. _____ SA, assureur perte de gain de B. _____ AG, a été versé au dossier de l'assurée le 18 avril 2023. Il en ressort qu'une expertise pluridisciplinaire a été confiée à BF. _____ SA (ci-après : BF. _____), plus particulièrement aux Drs S. _____, spécialiste en médecine interne générale, E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Q. _____, spécialiste en neurologie, et W. _____, spécialiste en rhumatologie, qui ont rendu leur rapport le 6 octobre 2022. Dans l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu le diagnostic incapacitant de douleurs abdominales d'origine plurifactorielle (endométriose symptomatique, pullulation bactérienne du grêle et possible syndrome du côlon irritable) et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), de céphalées inclassables, de méniscopathie dégénérative interne droite, d'insuffisance de la sangle abdominale, de bascule du bassin à droite, avec antéversion, d'hyperprolactinémie, d'hyperandrogénisme dans un contexte de syndrome des ovaires polykystiques, de maladie de Lyme de stade I, traitée en mai 2021, d'antécédent de cystite à répétition, d'intolérance au lactose, d'alimentation végétarienne et de status post-IVG en 2019. Ils ont retenu une capacité de travail de 80% dans toute activité depuis juillet 2020, la baisse de rendement de 20% s'expliquant par les douleurs abdominales d'origine plurifactorielle dans un contexte d'une endométriose symptomatique et d'une pullulation bactérienne du grêle, accompagnées d'importants ballonnements.

Sur demande de l'OAI, la Dre D. _____ a, dans un rapport du 9 juin 2023, indiqué que l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis son dernier rapport. Selon cette médecin, la maladie de Lyme chronique, les migraines, l'endométriose et le SIBO avaient une incidence sur la capacité de travail. Elle a énuméré plusieurs limitations fonctionnelles, soit un besoin de sieste, pas de stress, pas de port de charges, pas trop de lumière, ni trop de bruit, la nécessité d'horaires réguliers et l'absence de trajet en voiture excédant trente minutes. Selon la

Dre D._____, la capacité de travail de l'assurée était de 20% dans toute activité avec un bon pronostic. Elle a fourni divers rapports, dont les résultats d'une colonoscopie du 3 décembre 2021, confirmant l'absence de lésion de la muqueuse colique.

Le 12 octobre 2023, le Dr G._____ a fourni, en guise de réponse à une demande de l'OAI, le rapport du 4 octobre 2022 déjà produit, lequel faisait état d'un trouble dépressif récurrent de sévérité élevée, d'un trouble obsessionnel compulsif avec rituels au premier plan, ainsi que d'un trouble anxieux généralisé et concluait à une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 19 décembre 2023, la Dre F._____, médecin auprès de la Consultation couple et famille, a mentionné, en réponse aux questions de l'OAI, que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était légèrement favorable avec une diminution des idées suicidaires et des rituels compulsifs. La thymie restait très fluctuante, la plupart du temps en lien avec les manifestations somatiques avec une importante anxiété. Elle retenait les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble obsessionnel compulsif avec rituels au premier plan (F42.1), ainsi que de trouble anxieux généralisé (F41.1). Les limitations fonctionnelles retenues consistaient en de l'anxiété, en une humeur dépressive fluctuante, en des difficultés attentionnelles et mnésiques lors des crises douloureuses, en une grande fatigabilité, ainsi qu'en une vulnérabilité au stress. La Dre F._____ précisait que l'assurée parvenait à effectuer des balades avec des chiens durant trois à six heures par semaine et que celle-ci recherchait une activité professionnelle à temps partiel compatible avec sa fatigabilité, l'imprévisibilité et la fluctuance des crises douloureuses qu'elle présentait. Elle concluait à une capacité de travail de deux à quatre heures par jour.

Par avis du 29 avril 2024, le SMR a préconisé la poursuite de l'instruction, compte tenu des données anciennes sur le plan somatique (juin 2023) et d'une importante différence d'appréciation entre l'expert et les psychiatres traitants sur le plan psychiatrique.

Dans un rapport du 5 mai 2024, la Dre D. _____ a mentionné, en lien avec l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis son dernier rapport, une fatigue, des douleurs diffuses, des migraines, un moral en baisse, ainsi que des infections urinaires à répétition. Elle a précisé que les limitations fonctionnelles retenues précédemment, ainsi que la capacité de travail de 20% dans une activité adaptée, restaient d'actualité.

Selon un rapport du 10 juin 2024 de la Dre F. _____, l'état de santé psychologique de l'assurée était stabilisé depuis son dernier rapport. La médecin précitée précisait que l'assurée ne bénéficiait d'aucun traitement médicamenteux, hormis un essai de Cymbalta effectué en 2022 et arrêté compte tenu d'une antibiothérapie pour la maladie de Lyme en cours. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, elle a renvoyé à son précédent rapport.

Au terme d'un rapport d'examen du 26 juin 2024, le SMR a conclu que le rapport d'expertise du BF. _____ était probant, que les rapports des médecins traitants ne permettaient pas de remettre en cause l'appréciation des experts et qu'il convenait ainsi de suivre leurs conclusions quant à une capacité de travail de l'assurée de 80% dans toute activité adaptée.

Au terme d'un rapport final du 25 juillet 2024, le service de réadaptation de l'OAI a conclu que la poursuite de l'activité habituelle à 20% (*recte* : 80%) restait la meilleure solution et a ainsi proposé de s'écarter du calcul du préjudice économique pour adopter une approche médico-théorique permettant de fixer le taux d'invalidité à 20%.

Dans un document relatif au calcul du degré d'invalidité, le service précité a énuméré une série d'activités adaptées, incluant les activités dans le domaine de la vente et comme gardienne d'animaux.

Par projet de décision du 12 septembre 2024, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif

que le degré d'invalidité de 20% n'ouvrait pas de droit à de telles prestations.

Par communication du 30 septembre 2024, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure d'aide au placement.

Par courrier du 14 octobre 2024, l'assurée a requis qu'un délai supplémentaire lui soit octroyé pour compléter son opposition.

Le 21 novembre 2024, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale, a adressé à l'OAI un rapport daté du 19 novembre 2024, dans lequel cette médecin a mentionné une incapacité de travail de l'assurée de 90% depuis plusieurs mois, invoquant des migraines fréquentes, sévères et invalidantes, des douleurs pelviennes chroniques dans le cadre d'une endométriose et d'une vessie irritable en cours d'investigations, une dépression chronique survenue à la suite de multiples problèmes de santé invalidants, de la perte de son emploi, de difficultés financières, de manque de solutions médicales et de l'absence de soutien financier, ainsi que des douleurs articulaires multiples. Elle a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, une impossibilité d'effectuer de longs trajets et de rester longtemps assise, une impossibilité de prévoir quel jour elle pourrait être apte à travailler ou non selon la survenue d'une crise de migraine, l'absence de port de charges supérieures à 5 kg, ainsi que l'absence d'exposition à la lumière vive et aux nuisances sonores. La Dre K._____ a précisé que l'incapacité de gain estimée à l'époque de l'expertise du BF._____ n'était plus pertinente au vu des symptômes actuels de l'assurée et a conclu à une capacité de travail actuelle de 10% puis de 20% après le traitement de la dépression.

Par courrier du 29 novembre 2024, l'assurée a complété son opposition. Elle a en substance soutenu que, contrairement à ce qu'avaient retenu les experts du BF._____, elle n'avait pas retrouvé de capacité de travail à 80% et que l'activité qu'elle exerçait était très physique. Elle a dressé un tableau de tous les problèmes de santé dont elle souffrait et de

leur impact au quotidien avant de conclure à une réévaluation de son dossier.

Dans un avis du 10 janvier 2025, le SMR a relevé que la Dre K._____ opposait essentiellement l'état de santé actuel de l'assurée mais sans faire de comparaison avec l'état de santé qui prévalait lors de l'expertise du BF._____. Or les nombreuses plaintes indiquées dans le rapport de la médecin précitée étaient connues lors de l'expertise et ce rapport ne contenait pas d'indices en faveur de différences tangibles avec l'état de santé qui prévalait à l'époque. La Dre K._____ procédait plutôt une autre appréciation de la capacité de travail selon des critères qui n'étaient pas explicités. Le SMR a ainsi conclu que le document en question n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions convaincantes de l'expertise multidisciplinaire du BF._____.

Selon une note relative à un entretien qui a eu lieu le 14 janvier 2025 avec l'assurée, en lien avec la mesure d'aide au placement, celle-ci était prête à retrouver un emploi à un taux de 50%.

Par décision du 27 janvier 2025, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, confirmant le projet du 12 septembre 2024.

Dans une prise de position du même jour, l'OAI a répondu à la contestation de l'assurée.

B. Par acte du 27 février 2025, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a en substance fait valoir que compte tenu du temps écoulé entre l'expertise réalisée par BF._____ au cours du mois de septembre 2022 et la décision litigieuse rendue en janvier 2025, il y avait lieu de suivre le rapport du 19 novembre 2024, selon lequel cette expertise ne reflétait plus son état de santé actuel. Par ailleurs, les experts ne

s'étaient pas prononcés de manière définitive sur son aptitude au travail mais avaient plutôt retenu qu'une capacité de travail de 80% pouvait se concrétiser à condition que ses symptômes soient maîtrisés, sans préciser à partir de quand et admettant qu'un pronostic précis était incertain. L'expertise n'était ainsi pas probante, ce d'autant que les rapports des médecins traitants faisaient état de symptômes qui n'étaient pas sous contrôle.

Par prononcé du 24 mars 2025, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 février 2025, sous forme d'exonération des avances et des frais judiciaires, la recourante ayant en outre été exonérée du paiement de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 16 avril 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours, se référant aux conclusions du rapport d'expertise du 6 octobre 2022 du BF._____ et relevant que le spécialiste en réadaptation était parvenu à la conclusion que la poursuite de l'activité habituelle à 20% (*recte* : 80%), qui était adaptée, restait la meilleure solution.

Par réplique du 6 mai 2025, la recourante a confirmé ses conclusions, en soulignant que l'intimé n'avait pas répondu aux griefs soulevés dans son mémoire de recours, relatifs à l'ancienneté de l'expertise du BF._____ et au caractère lacunaire du rapport y relatif.

Dupliquant le 23 mai 2025, l'intimé a maintenu sa position, en se référant à un avis du 22 mai 2025 du SMR, selon lequel l'incertitude chez les experts reposait, contrairement à ce que soutenait la recourante, sur la récupération d'une capacité de travail à 100% et non sur la capacité de travail évaluée à 80% dès juillet 2020, date du rapport du 24 juillet 2020 de la Dre D._____ qui mentionnait des douleurs abdominales. Ceux-ci s'étaient prononcés de manière claire sur la capacité de travail et il n'y avait pas d'argument permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 6 octobre 2022.

A l'appui d'une écriture du 24 juin 2025, la recourante a fourni un rapport du 5 juin 2025 du Dr G. _____ et de la psychologue Z. _____, contenant une analyse, sur les points contestés, du rapport d'expertise du 6 octobre 2022 du BF. _____, ainsi que de l'avis du 26 juin 2024 du SMR.

Par déterminations du 18 juillet 2025, l'intimé a précisé qu'il n'avait aucun motif de revenir sur sa position, s'appuyant sur un avis du 17 juillet 2025 du SMR, joint en annexe, par lequel celui-ci a écarté les critiques formulées dans le rapport du 5 juin 2025.

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 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, singulièrement sur sa capacité de travail.

3. 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, comme c'est le cas en l'espèce, la demande ayant été déposée le 28 juillet 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).

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).

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 ; 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 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 la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références

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

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'occurrence, l'intimé, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du 6 octobre 2022 du BF._____, a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée lui permettant de s'octroyer des pauses de récupération, en raison de douleurs abdominales et ce, depuis juillet 2020.

La recourante soutient, pour sa part, que l'expertise est trop ancienne et ne reflète plus son état de santé actuel. Elle fait également valoir que les experts ne se seraient pas prononcés de manière claire sur sa capacité de travail et critique pour l'essentiel le volet psychiatrique du rapport d'expertise, en s'appuyant notamment sur le rapport du 5 juin 2025 du Dr G._____ et de la psychologue Z._____, produit dans le cadre de la procédure de recours.

b/aa) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise du BF._____ 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 (anamnèse) et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine

(consultations et tests 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 multidisciplinaire réalisée par les quatre 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 de la médecine interne, le Dr S. _____ a retenu le diagnostic incapacitant de douleurs abdominales d'origine plurifactorielle (endométriose symptomatique, pullulation bactérienne du grêle et possible syndrome du côlon irritable) et les diagnostics non incapacitants d'hyperprolactinémie, d'hyperandrogénisme dans un contexte de syndrome des ovaires polykystiques, de maladie de Lyme de stade I, traitée en mai 2021, d'antécédent de cystite à répétition, d'intolérance au lactose, d'alimentation végétarienne, ainsi que de status post-IVG en 2019. Il a souligné que les symptômes de ballonnements importants et les douleurs pouvaient être à l'origine de difficultés à accomplir les tâches en lien avec l'activité professionnelle habituelle, raison pour laquelle il retenait une baisse de rendement de 20%. Par ailleurs, il a exclu le diagnostic de maladie de Lyme chronique, dans la mesure où un résultat positif à la sérologie pouvait persister pendant plusieurs mois, voire années, chez certains sujets et que l'assurée ne présentait pas de symptômes typiques de cette maladie.

En l'occurrence, les rapports des 9 juin 2023 et 5 mai 2024 de la Dre D. _____, médecin traitant, ne permettent pas de remettre valablement en cause les conclusions de l'expert en médecine interne. En effet, il y a lieu de constater, à l'instar du SMR (cf. rapport d'examen du 26 juin 2024), que ces rapports décrivent un état de santé surtout dominé par les plaintes subjectives émises par la recourante et ne diffèrent pas des rapports précédents de la médecin traitante, antérieurs à l'expertise, et dont le Dr S. _____ a tenu compte. En outre, ils ne font pas état de changements objectifs au status, ni de modifications significatives du

traitement médicamenteux ou de nouvelles investigations que l'expert de médecine interne aurait ignorés ou dont il n'aurait pas tenu compte.

On notera du reste que la Dre T._____, gastroentérologue, a indiqué, dans un rapport postérieur à l'expertise (cf. rapport du 22 novembre 2022), que les troubles fonctionnels intestinaux dont souffrait l'assurée depuis 2021 n'avaient pas d'incidence sur sa capacité de travail. L'expert de médecine interne a toutefois tenu compte, outre des atteintes digestives (pullulation de grêle et possible côlon irritable), d'une atteinte sur le plan gynécologique (endométriase), laquelle sort du domaine de compétence de la Dre T._____, pour retenir une baisse de rendement de 20%. En ce sens, le rapport de la spécialiste précitée ne permet pas d'affaiblir la valeur probante du volet de médecine interne.

Enfin, le rapport du 19 novembre 2024 de la Dre K._____ ne permet pas non plus d'invalider les conclusions du Dr S._____. En effet, outre que ce rapport se limite à énumérer une série d'atteintes sur la base des plaintes alléguées par la recourante, celui-ci n'apporte pas d'éléments nouveaux que l'expert en médecine interne aurait ignorés ou dont il n'aurait pas tenu compte. En particulier, les douleurs pelviennes chroniques présentes chez l'assurée depuis deux ans dans le cadre d'une endométriase ont été prises en compte par l'expert précité qui a retenu une baisse de rendement de 20% à ce titre. Par ailleurs, s'il fallait retenir le diagnostic de vessie irritable (en cours d'investigation au jour du rapport de la Dre K._____), celui-ci ne serait pas de nature à engendrer de nouvelles limitations fonctionnelles autre que le besoin de faire des pauses régulièrement déjà pris en compte.

Il n'y a ainsi pas de raison de remettre en cause l'appréciation convaincante de l'expert en médecine interne.

cc) Sur le plan rhumatologique, le Dr W._____ n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Après avoir procédé à un examen clinique détaillé et effectué divers tests, il n'a en particulier pas constaté de critère en faveur d'une fibromyalgie, ni d'une hypermobilité généralisée, pas plus

que d'un rhumatisme inflammatoire. Seuls les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de méniscopathie dégénérative interne droite, d'insuffisance de la sangle abdominale, ainsi que de bascule du bassin à droite avec antéversion ont été posés. L'expert s'est en outre référé au status rhumatologique effectué auprès de la Dre L._____, lors duquel les tests s'étaient révélés négatifs (cf. rapport du 17 décembre 2021) pour écarter tout autre diagnostic. Le Dr W._____ a encore précisé que seules des incapacités partielles passagères pouvaient être retenues, que ce soit en lien avec la méniscopathie ou avec la lésion tendineuse au pouce.

De même que pour le volet de médecine interne, le rapport de la Dre K._____ ne permet pas non plus de jeter le doute sur les conclusions auxquelles est parvenu l'expert rhumatologue. En effet, les douleurs articulaires évoquées par la médecin précitée, qui reconnaît l'absence de diagnostic formel établi malgré de multiples consultations par des spécialistes mais soutient que ces douleurs limitent fortement la recourante dans ses activités quotidiennes, étaient déjà présentes lors de l'expertise du BF._____ et ont en particulier été examinées par l'expert W._____. Se référant notamment à l'examen rhumatologique complet effectué alors par la Dre L._____, celui-ci n'a pas considéré que ces douleurs, qui plus est sans substrat organique, avaient une incidence sur la capacité de travail de la recourante ou engendraient des limitations fonctionnelles particulières.

Dans ces conditions, il n'y a pas de motif de s'écarter de l'appréciation concluante de l'expert rhumatologue.

dd) Sur le plan neurologique, le Dr Q._____ a posé le diagnostic non incapacitant de céphalées inclassables après avoir examiné en détail les diagnostics différentiels de migraine sans aura, de céphalées trigémino-autonomiques, de céphalées attribuées à une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire, ainsi que de douleur faciale idiopathique persistante, avant de les écarter. Il a également rejeté l'hypothèse d'une lésion cérébrale crânienne, vertébrale, faciale ou du système otho-rhino-laryngologique, compte tenu notamment de l'IRM

cérébrale et cervicale du 10 juin 2022 qui s'était révélée normale. Plus particulièrement, l'expert neurologue a précisé que l'existence du diagnostic de migraines sans aura était possible mais que tous les critères n'étaient pas remplis. Concernant les diagnostics de céphalées trigémino-autonomiques et de céphalées attribuées à une pathologie de l'articulation temporo-vestibulaire, ceux-ci étaient improbables, compte tenu de la symptomatologie exprimée par l'assurée. Quant au diagnostic de douleur faciale idiopathique persistante, le Dr Q. _____ l'a considéré comme une hypothèse possible, peu typique, dans la mesure où une partie de la symptomatologie présentée par l'assurée correspondait aux critères diagnostiques de cette atteinte. Enfin, il a écarté l'hypothèse d'une lésion notamment cérébrale ou vertébrale, en raison des imageries.

Là encore, le rapport du 19 novembre 2024 de la Dre K. _____ ne permet pas de jeter le discrédit sur l'appréciation de l'expert neurologue. Les migraines évoquées par cette médecin, qui au demeurant n'est pas spécialiste en neurologie, ont précisément été investiguées par le Dr Q. _____, qui a retenu, comme on l'a vu, le diagnostic de céphalées atypiques et qui a constaté qu'elles existaient depuis l'adolescence et n'avaient pas entraîné d'évitement de l'activité de routine, notamment la marche, l'assurée précisant qu'elle pouvait toujours promener ses chiens. Il a ainsi considéré que ces céphalées étaient non incapacitantes. A cela s'ajoute, comme l'a souligné le SMR (cf. avis du 10 janvier 2025), que la Dre K. _____ n'a pas fait mention d'un nouvel avis neurologique, ni d'une modification dans le traitement depuis l'expertise. Son rapport n'apporte ainsi pas d'éléments nouveaux permettant de considérer un changement significatif dans l'état de santé neurologique de la recourante.

S'agissant de la fatigue chronique évoquée par l'assurée, l'expert neurologue a précisé, après avoir effectué le test « Fatigue Severity Scale », que la gravité du symptôme telle qu'évaluée par l'assurée semblait exagérée par rapport à l'impact décrit sur ses activités (notamment des promenades quotidiennes avec des chiens), relevant également une certaine incohérence dans les réponses données, ce qui rendait peu crédible un effet sur la capacité de travail.

L'expert neurologue a encore expliqué, de manière convaincante, pour quelles raisons il écartait le diagnostic de maladie de Lyme dans une forme neurologique. En effet, selon le Dr Q._____, la conjonction entre les résultats de la ponction lombaire effectuée le 26 avril 2022, ne démontrant ni réaction inflammatoire, ni réaction immunologique, ni d'anticorps contre la borréliose et l'absence d'argument anamnestique ou clinique pour une des formes neurologiques permettait d'exclure la présence d'une complication de cette maladie sur le plan neurologique. L'expert neurologue a encore discuté le rapport du 15 septembre 2022 de la Dre J._____ qui concluait à une maladie de Lyme disséminée de stade 3, mais excluait une neuroborréliose, et indiqué que ce rapport ne tenait pas compte des données de la littérature scientifique actuelle dont de nombreuses publications confirmaient la dissociation entre la sérologie (positive en l'occurrence) et la clinique ne permettant pas de retenir le diagnostic évoqué, ainsi que l'inutilité des traitements antibiotiques longs ou répétés sur les symptômes décrits par les patients.

En l'occurrence, l'appréciation convaincante de l'expert neurologue, qui a exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait du diagnostic posé par la Dre J._____, n'est contredite par aucun autre avis émanant d'un/e spécialiste en neurologie et peut ainsi être confirmée.

ee) Quant au volet psychiatrique, le Dr E._____ a retenu le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21). Il a expliqué que l'assurée présentait des troubles dépressifs d'intensité légère réactionnels à une problématique douloureuse. Elle n'exprimait pas de détresse quand elle évoquait ses douleurs qu'elle ne décrivait pas comme intenses et persistantes mais comme variables et imprévisibles et l'expert n'avait pas retrouvé de contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. En outre, l'assurée ne présentait pas de troubles de l'appétit, ni de crises d'angoisses, ni de troubles de la libido bien que les rapports sexuels étaient un peu espacés. Elle ne décrivait pas non plus de limitation

fonctionnelle psychiatrique dans le déroulement d'une journée type et elle avait des activités récréationnelles régulières. L'assurée se déplaçait de manière autonome en conduisant sa voiture et elle avait repris une activité professionnelle régulière. L'expert psychiatre n'avait pas retrouvé de signe objectif en faveur d'un trouble psychiatrique d'une sévérité significative lors de l'examen clinique. Il a précisé que les critères de définition d'un syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient par ailleurs pas réunis. En conclusion, l'assurée présentait des troubles dépressifs réactionnels d'intensité mineure sans impact significatif sur les tâches élémentaires de la vie quotidienne ou sur les activités récréatives, n'entraînant ni ralentissement psychomoteur, ni trouble cognitif. Ces troubles correspondaient au diagnostic de trouble de l'adaptation et n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Au niveau du traitement, le Dr E. _____ a relevé que l'assurée avait débuté un suivi psychologique plusieurs mois auparavant, qu'elle effectuait des séances d'hypnose pour la gestion de la douleur et qu'un traitement antidépresseur ayant un effet sur les douleurs lui avait été prescrit mais arrêté au bout d'un mois compte tenu des effets secondaires. L'assurée n'avait pas repris de traitement de ce type et n'envisageait pas d'en essayer un à nouveau. Concernant les ressources, l'expert E. _____ a mentionné que l'assurée se décrivait comme joyeuse et affirmée avec un côté solaire, sympathique, facile à vivre, autonome et indépendante mais appréciant la présence d'amis. Elle aimait que les choses soient bien faites sans être maniaque, avait le sens de l'éthique et croyait en des valeurs. Elle ne rapportait aucune difficulté relationnelle notable depuis son adolescence que ce soit dans le milieu scolaire, familial ou professionnel et disposait de très bonnes ressources intellectuelles avec deux CFC obtenus brillamment. Elle montrait une capacité à prendre des décisions importantes (mettre fin à des relations qui ne répondaient plus à ses attentes ou décider d'interrompre une grossesse qui n'était pas prévue). Au niveau des ressources externes, l'assurée entretenait de bonnes relations avec ses parents, son grand-père de temps en temps, ses amis proches au nombre de cinq sur qui elle pouvait compter, ainsi qu'avec son conjoint. Elle pouvait également s'appuyer sur son réseau de soins. Le test

mini CIF-APP permettait enfin de confirmer que l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Dans son rapport du 4 octobre 2022, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère avec troubles obsessionnels compulsifs et trouble anxieux généralisé. Il a retenu à titre de limitations fonctionnelles des difficultés attentionnelles et mnésiques, ainsi qu'une vulnérabilité au stress et a conclu à une capacité de travail de deux heures par jour. Il n'a toutefois aucunement exposé sur quels éléments il se fondait pour poser ces diagnostics, contrairement à l'expert E. _____ qui a motivé le diagnostic non incapacitant retenu. Le Dr G. _____ a par ailleurs précisé que les symptômes anxieux et dépressifs de la recourante étaient fortement liés à sa santé somatique et à ses douleurs chroniques et que l'état psychique à lui seul n'engendrait pas d'absence mais que l'anxiété ou un vécu émotionnel intense semblaient être de potentiels déclencheurs de crises de migraines et en ce sens pouvaient contribuer à des absences de quelques heures à quelques jours. Il a justifié l'absence de traitement médicamenteux (antidépresseur), qui s'avérait pourtant nécessaire selon ses dires, par le fait que la recourante bénéficiait d'un traitement antibiotique pour la maladie de Lyme censé durer trois ans dont la réussite pouvait être compromise par une interaction avec le traitement antidépresseur. Dans le document du 5 juin 2025 produit par la recourante dans le cadre de la procédure de recours, le Dr G. _____ et la psychologue Z. _____ ont repris la justification avancée dans le rapport du 5 octobre 2022 quant à l'absence de traitement antidépresseur. Or, comme l'a relevé le SMR (cf. avis du 17 juillet 2025), l'anamnèse établie par l'expert neurologue indiquait un traitement antibiotique durant un mois et demi lors de l'examen du 14 septembre 2022. L'expert neurologue a en outre indiqué, sur la base des résultats de sérologie et des rapports des neurologues consultés par l'assurée, qu'il n'y avait pas d'argument pour retenir une maladie de Lyme sous une forme neurologique, sous-entendant également que la poursuite d'un traitement antibiotique ne se justifiait pas dans ces conditions. On peine donc à comprendre pour quelles raisons aucun traitement antidépresseur n'a été introduit, alors que les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen puis d'épisodes

dépressifs importants posés par la suite par la Dre F._____, psychiatre (cf. rapports des 19 décembre 2023 et 10 juin 2024), auraient commandé un tel traitement. L'absence de traitement de ce type permet de penser que la symptomatologie présentée par la recourante ne revêt pas une insensibilité aussi sévère que le prétendent les psychiatres traitants et permet de renforcer la thèse de l'expert psychiatre. On relèvera encore, à l'instar du SMR (cf. rapport d'examen du 26 juin 2024), qu'aucune hospitalisation en psychiatrie n'a été nécessaire depuis l'expertise, malgré un risque suicidaire, surtout en période de crises de migraines, évoqué à plusieurs reprises par les psychiatres traitants. Il n'y a pas eu non plus de rupture dans le fonctionnement quotidien de la recourante. La Dre F._____ a, en outre, précisé que les symptômes anxio-dépressifs étaient présents depuis l'adolescence, de même que les troubles obsessionnels compulsifs. Elle a donc décrit un état de santé installé depuis de nombreuses années qui n'avait pas empêché la recourante de se former et de travailler et qui était stabilisé selon son rapport du 10 juin 2024. S'agissant des troubles obsessionnels compulsifs de vérification et de lavage, ceux-ci ne ressortent pas de la description de la journée type faite dans le rapport d'expertise. Cela étant, ces troubles qui, selon les dires de la Dre F._____, prennent tout au plus, trente minutes à une heure par jour, ne peuvent, dans tous les cas, pas être considérés comme incapacitants. A cela s'ajoute que les troubles cognitifs mentionnés par les psychiatres traitants n'ont pas été retrouvés par l'expert psychiatre. En définitive, les diagnostics posés par les psychiatres traitants et leur impact sur la capacité de travail de la recourante, qu'ils estiment entre 20 et 50%, apparaissent peu compatibles avec le fonctionnement de celle-ci, tel qu'il ressort de la description de sa journée type, de l'activité indépendante (promeneuse de chiens) de quelques heures par semaine qu'elle a maintenue, des ressources tant internes qu'externes dont elle bénéficie, ainsi que de l'absence de traitement antidépresseur. Ainsi, aussi bien le rapport du 4 octobre 2022 du Dr G._____ et les critiques, sur des points de détails, qu'il a formulées dans le courrier du 5 juin 2025 avec la psychologue Z._____, que ceux de la Dre F._____ des 19 décembre 2023 et 10 juin 2024 ne permettent pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert psychiatre et n'apportent aucun élément nouveau en faveur d'une aggravation de

l'état de santé de la recourante. Il s'agit en réalité d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Il en va de même du rapport du 19 novembre 2024 de la Dre K._____. Celle-ci a mentionné une dépression chronique survenue à la suite de multiples problèmes de santé invalidants, la perte d'emploi et des difficultés financières. Elle a précisé que l'assurée présentait une anhédonie importante, une fatigue intense, une fatigabilité et des idées noires, un risque suicidaire non négligeable, aggravé lors des épisodes de migraines, ainsi qu'un isolement. Outre que la Dre K._____ n'est pas spécialiste du domaine de la psychiatrie, le tableau qu'elle a décrit apparaît là aussi difficilement compatible avec l'absence d'un traitement spécifique ou d'une prise en charge en adéquation avec le risque suicidaire indiqué dans son rapport. Les symptômes qu'elle a évoqués ont, au demeurant, été examinés par l'expert psychiatre qui n'a retenu aucune pathologie incapacitante après analyse des indicateurs pertinents (ressources internes et externes, absence de traitement médicamenteux, absence de limitation homogène dans tous les domaines de la vie).

En conclusion, le volet psychiatrique de l'expertise du BF._____ peut également se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, les différents rapports des médecins traitants ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable - de nature clinique ou diagnostique - qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou en établir le caractère incomplet. Il convient donc de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du BF._____, bien que datant de 2022, 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 dispose d'une capacité de travail de 80% dès juillet 2020 dans une activité adaptée permettant de faire des pauses régulières. On relèvera à cet égard, à l'instar du SMR (cf. avis du 22 mai 2025), que, contrairement à ce que soutient la recourante, les experts du BF._____ ont clairement mentionné que la

capacité de travail de celle-ci était de 80% depuis juillet 2020, date correspondant au rapport du 24 juillet 2020 de la Dre D._____, dans lequel cette médecin a évoqué pour la première fois des douleurs abdominales. L'incertitude formulée par les experts a trait uniquement à la récupération d'une capacité de travail de 100%, si bien que l'argument de la recourante, selon lequel la valeur probante du rapport d'expertise se verrait affaiblie par cette incertitude, n'est pas pertinent.

7. Cela étant posé, il convient de déterminer le degré d'invalidité que la recourante présente.

a) Dans le cas d'espèce, il apparaît que l'intimé a tenu compte d'un statut de personne exerçant une activité lucrative à plein temps. Celui-ci a indiqué que le degré d'invalidité de la recourante s'élevait à 20%, en adoptant une approche médico-théorique, estimant que l'activité habituelle de vendeuse et gardienne d'animaux correspondait à une activité adaptée lui permettant de faire régulièrement des pauses. S'il y a effectivement lieu d'admettre que l'activité précitée est adaptée à l'état de santé de la recourante (cf. rapport d'expertise du BF._____, p. 11, et document du 25 juillet 2024 du service de réadaptation de l'OAI), la question du pourcentage de la part active peut se poser, dans la mesure où la recourante a indiqué, dans le formulaire de détermination du statut complété le 9 septembre 2022, que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à 80% pour s'occuper de ses animaux et de son foyer. Ce taux était effectivement celui qu'elle exerçait chez B._____ AG avant son atteinte à la santé, si bien qu'il semble, selon toute vraisemblance, que la recourante ait choisi de travailler à 80%, par pure convenance personnelle. Or le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, dans le cas où un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décidait de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'avait pas à intervenir, si bien que les activités de loisirs étaient exclues de la définition des travaux habituels. Dans cette situation, il n'y avait ainsi pas lieu d'appliquer la méthode mixte (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7, TF 9C_432/2016 du 10 février 2017). Cela revient en l'espèce à considérer que

le degré d'invalidité de la recourante est nul, dans la mesure où les revenus réalisés avant et après l'atteinte à la santé sont identiques et où la baisse de rendement de 20% sur un taux de 100% n'a pas d'incidence sur le revenu réalisé à 80%. Quoi qu'il en soit, que l'on retienne une perte économique nulle ou un degré d'invalidité de 20% à l'instar de l'intimé, le droit à la rente n'est, de toute manière, pas ouvert en faveur de la recourante, dès lors que le seuil de 40% n'est, dans les deux hypothèses, pas atteint (art. 28 al. 1 LAI).

b) Compte tenu d'une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle, des mesures d'ordre professionnel n'entrent en outre pas en ligne de compte.

c) Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimé a nié à la recourante tout droit à des prestations.

8. Le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Une expertise complémentaire apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante doit dès lors être rejetée. En effet, la réalisation d'un tel complément ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise 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. Toutefois, celle-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, les

frais précités seront provisoirement assumés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code 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 vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 janvier 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), mis à la charge d'A. _____, sont provisoirement assumés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour la recourante),
- 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 :