

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Piguet, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseure
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à Q***, recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

En fait :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est la mère de deux enfants nés en *** et ***. Ressortissante espagnole titulaire d'un permis de séjour de type « C », elle est établie en Suisse depuis juillet 2012 et travaillait, depuis le 1^{er} avril 2018, en tant que « plongeuse - aide de cuisine - *all rounder* » pour le compte de la société B._____ Sàrl, à S***.

L'assurée a présenté un arrêt de travail depuis le mois de mai 2019 en raison d'une atteinte de la ceinture pelvienne (symphysite d'origine indéterminée).

Le 21 octobre 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en lien avec cette atteinte à la santé physique.

Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 17 janvier 2020, dans son activité de plongeuse/aide de cuisine, le salaire mensuel brut de l'assurée était de 3'800 fr. depuis le 1^{er} novembre 2018, versé treize fois par an, soit un revenu annuel brut de 49'400 francs.

Dans le questionnaire de détermination du statut du 20 janvier 2020, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait au taux de 100 % comme aide de cuisine ou autre (qu'elle était en mesure d'effectuer), par nécessité financière. A défaut, elle consacrerait son temps à la garde de ses enfants, à apprendre la langue française et à suivre des cours (décoration, cuisine, etc.).

Dans un rapport médical détaillé UE/AELE du même jour, auquel étaient annexés d'autres rapports médicaux, la Dre C._____, spécialiste en médecine générale, médecin traitante, a posé le diagnostic incapacitant d'arthrite chronique aseptique de la symphyse pubienne d'origine indéterminée. Elle notait l'apparition de douleurs persistantes touchant le

bassin de l'assurée, laquelle ne supportait pas les positions debout prolongées, ni assises, la position idéale pour elle étant couchée pour soulager les douleurs, et présentait un trouble de la marche. Après l'échec de traitements *per os*, l'assurée avait bénéficié d'une infiltration réalisée le 13 janvier 2020. Une indication opératoire était de mise en cas de non-amélioration de la symptomatologie. Selon cette médecin, la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toute activité. Une amélioration de l'état de santé était souhaitée à moyen terme.

Par rapport du 9 avril 2020, les Dres D._____, spécialiste en rhumatologie, et F._____, médecin-assistante, du Service de rhumatologie au CHUV, étaient d'avis que le pronostic dépendait de l'évolution après une résection de la symphyse pubienne réalisée le 2 mars 2020.

En annexe à un rapport du 13 mai 2020, la Dre C._____ a joint un rapport d'hospitalisation du 24 mars 2020 consécutif au séjour de l'assurée du 2 au 6 mars 2020 auprès du Service d'orthopédie et traumatologie au CHUV. A la suite de l'intervention chirurgicale en mars 2020, la médecin traitante qualifiait le pronostic de bon. Une reprise du travail progressive lui semblait possible dès la fin du mois de mai 2020.

Le 31 juillet 2020, pour des motifs de restructuration, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assurée au 31 août 2020.

Dans un rapport du 4 août 2020 consécutif à une hospitalisation de l'assurée du 30 juin au 11 juillet 2020, les Drs J._____, spécialiste en rhumatologie, et K._____, médecin-assistante, du Service de rhumatologie au CHUV, ont posé le diagnostic principal de fracture de l'aileron sacré gauche, et les diagnostics secondaires de fragilité osseuse et de symphysite d'origine probablement dégénérative (status post ressection symphyse pubienne le 2 mars 2020). Sur la base d'une relecture des imageries réalisées avec leurs collègues radiologues ostéoarticulaires, il était observé une symphysite par arthrose sans éléments en faveur d'un

rhumatisme inflammatoire, ni de cristaux de pyrophosphate de calcium (CPPD). Cette atteinte articulaire était isolée, sans élément radiologique en faveur d'une ostéonécrose. Selon ces médecins, il n'existait pas d'indication pour des explorations supplémentaires à visée étiologique.

Par rapports des 28 juillet et 22 septembre 2020, les Dres D._____ et F._____ ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'arthrite chronique aseptique de la symphyse pubienne d'origine indéterminée et de fracture de l'aileron sacré gauche. Ces médecins attestaient une capacité de travail nulle du 30 juin au 30 juillet 2020 dans l'activité habituelle, mais sans être en mesure d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient : des douleurs lombaires basses prédominant en paravertébral gauche, déclenchées à la moindre mobilisation, des lombalgies retrouvées à la palpation du rachis lombaire et des contractures paravertébrales lombaires basses prédominant à gauche.

Aux termes d'un rapport du 6 octobre 2020 consécutif à une consultation de l'assurée le 24 septembre 2020, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait part de son étonnement de la complication post chirurgie par résection de symphyse pubienne, alors que la stabilité du bassin devait théoriquement être garantie par le plancher pelvien. Ce médecin suggérait du repos relatif (éventuellement avec une canne), de la physiothérapie en piscine ainsi que la réalisation d'une IRM (imagerie par résonance magnétique).

Dans un rapport du 11 octobre 2020, posant les diagnostics d'arthrite chronique aseptique de la symphyse pubienne d'origine indéterminée (status post résection de la symphyse pubienne le 2 mars 2020) et de fracture spontanée de l'aileron sacré gauche le 26 juin 2020, la Dre C._____ a estimé la capacité de travail comme nulle dans toute activité professionnelle. Elle précisait qu'en l'état aucune solution n'était trouvée pour stabiliser le bassin afin d'améliorer la mobilité de ce membre et de régler les douleurs, motif pour lequel elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la date de l'amélioration de la capacité de travail.

Aux termes d'un rapport d'examen clinique rhumatologique du 27 avril 2021, le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), sur la base de son examen de l'assurée le 16 mars 2021, a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de douleurs mécaniques chroniques de l'articulation sacro-iliaque gauche dans un status post-fracture spontanée de l'aileron sacré gauche, traitée conservativement (S32.1). Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail retenu était un status post-résection de la symphyse pubienne pour une arthrite chronique aseptique. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, elle était de 100 % dans une activité adaptée depuis le 24 septembre 2020 (date de la consultation orthopédique du Dr V._____. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : *Bassin* : pas de travail sur un plan instable ou en hauteur, pas de travail accroupie, pas de position debout prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de position statique au-delà de vingt minutes, pas de port de charges répété au-delà de cinq kilos (charges très légères), en tenant compte également de la stature de l'assurée.

Par projet de décision du 10 juin 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2020 au 31 décembre 2020. Selon ses constatations, à compter du mois de septembre 2020, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (*Bassin* : pas de travail sur un plan instable ou en hauteur, pas de travail accroupie, pas de position debout prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, pas de port de charges répété au-delà de cinq kilos [charges très légères], en tenant compte également de la stature de l'intéressée). Le préjudice économique de l'assurée était nul.

Le 18 juin 2021, la Dre C._____ a transmis à l'OAI un rapport de consultation du 4 juin 2021 rédigé par les médecins de la N._____, indiquant une prochaine opération chirurgicale.

Le même jour, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI en se prévalant de l'absence d'amélioration de son état de santé pour lequel elle était en attente d'une nouvelle intervention. En l'état des choses, elle s'estimait incapable d'assumer une formation ou un emploi, situation qui empêchait son inscription auprès du service de placement de l'assurance-chômage.

Par rapport de consultation du Team hanche de la N._____ du 29 juin 2021, le Prof. BB._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic d'instabilité rotatoire du bassin sur status post symphysectomie pour symphysite d'origine probablement dégénérative le 2 mars 2020 et a fait part de l'indication à une symphysiodèse avec greffe osseuse tricorticale prise à la crête iliaque et stabilisation par une plaque, sans vissage sacro-iliaque associé en l'absence d'œdème sacré mis en évidence à l'IRM.

Le 23 septembre 2021, l'assurée a été opérée à la N._____ par le Prof. BB._____.

Par rapports de consultation des 9 novembre et 21 décembre 2021, le Prof. BB._____ a fait part d'une bonne évolution radio-clinique de l'intervention chirurgicale du 23 septembre 2021. La physiothérapie se poursuivait pour muscler les abducteurs.

Dans un rapport du 7 juin 2022, le Dr BC._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a décrit un antécédent d'otite moyenne chronique perforée droite opérée en janvier 2019, avec récurrence de perforation. Le 13 janvier 2022, l'assurée avait été réopérée (révision de tympanoplastie droite sous neuromonitoring, rhinoscopie et dilatation tubaire droite). Du point de vue oto-rhino-laryngologique, la capacité de travail était entière.

Par rapport du 25 juin 2022, la Dre C._____ a fait part d'une lente évolution depuis l'intervention en septembre 2021. L'assurée ressentait un peu moins de douleurs, marchait un peu plus longtemps

(maximum vingt minutes à plat) avec de nombreux arrêts et elle devait encore changer régulièrement de position debout/couchée/assise. Elle présentait toujours une incapacité de travail totale. Le traitement alliait la prise régulière de Dafalgan, d'anti-inflammatoire et du Tramal, de la physiothérapie (à sec et en piscine) et un suivi thérapeutique. A ce rapport étaient joints, un rapport de consultation du 15 mars 2022 du Prof. BB._____ et un rapport d'échographie du 3 juin 2022.

Selon un rapport de consultation du 13 décembre 2022, le Dr BF._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait prescrit un traitement de physiothérapie par École du dos, fango et massage de décontraction pour les douleurs au bas du dos, ainsi qu'une série de séances de physiothérapie et d'ergothérapie dans le but d'une désensibilisation du nerf cutané fémoral latéral à gauche. De plus, il avait recommandé à l'assurée de s'adresser auprès du BG._____ et d'avoir un suivi psychothérapeutique. Le prochain contrôle était prévu dans trois mois.

Par rapport de consultation du 28 mars 2023, le Prof. BB._____ a constaté l'apparition de nouvelles douleurs et suggéré un CT-scan du bassin en septembre 2023 (à deux ans post-opération) pour un contrôle de la fusion de la symphyse. En cas de fusion complète, une ablation du matériel d'ostéosynthèse pouvait être envisagée. Pour les autres douleurs, un scanner de la colonne lombaire était prévu dans le même temps.

Dans un rapport du 7 juillet 2023, posant le diagnostic de status après révision de tympanoplastie droite, le 10 mai 2023, pour une récurrence de perforation tympanique droit, le Dr BC._____ a attesté une capacité de travail nulle du 10 mai au 11 juin 2023 (arrêt de travail per-opératoire), puis entière du point de vue oto-rhino-laryngologique.

Aux termes d'un rapport de consultation du 20 juin 2023, le Prof. BB._____ a posé le diagnostic principal de spondylarthrose lombaire inter-apophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 des deux côtés ainsi que le

diagnostic supplémentaire de douleurs chroniques au niveau du site de prélèvement de la greffe osseuse autologue (crête iliaque gauche) (sur status post réduction ouverte et symphysiodèse avec greffe osseuse tricorticale de la crête iliaque gauche par technique à double plaque le 23 septembre 2021 pour une instabilité rotatoire du bassin sur status post symphysectomie pour symphysite d'origine probablement dégénérative le 2 mars 2020). Aucun nouveau contrôle n'était prévu auprès de ce médecin.

Dans un rapport du 26 septembre 2023, le Dr BJ._____, spécialiste en psychiatrie, psychothérapie et psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, qui suivait l'assurée depuis le 1^{er} juillet 2021, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation (F43.2), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble somatoforme, sans précision (F45.9). Ce médecin évaluait la capacité de travail entre 0 - 40 % selon le poste de travail, en fonction des douleurs somatiques.

Aux termes d'un rapport du 12 avril 2024, le Dr BK._____, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics de douleurs chroniques primaires musculosquelettiques et de douleurs chroniques du bassin post-chirurgicales. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une limitation de la flexion de la hanche, la persistance des douleurs constantes au niveau du creux inguinal gauche avec exacerbation en fonction des activités physiques de la journée. En l'absence d'évolution ainsi que de l'intensité des douleurs et des nombreux rendez-vous médicaux, ce médecin a indiqué que le suivi par l'assurée d'une mesure de réinsertion professionnelle mise en œuvre par l'assurance-invalidité lui semblait difficilement imaginable. Il a produit ses précédents rapports de consultation avec l'assurée au Centre d'antalgie du CHUV.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) au BL._____, SA, à Z***, qui a rendu son rapport le 4 septembre 2024. Les experts ont retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de status après symphysiodèse par plaque et greffe osseuse en raison d'une instabilité du bassin, status après

résection de la symphyse pubienne (23 septembre 2021), de douleurs inguinales gauches sur probable syndrome de l'ilio-psoas et de syndrome lombo-vertébral chronique sur insuffisance de la musculature lombo-pelvi-abdominale avec minimes remaniements arthrosiques inter-apophysaires postérieurs en L4-L5, L5-S1 bilatéraux selon le CT lombaire du 20 juin 2023. Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Du point de vue interdisciplinaire, ils ont estimé que, dans une activité respectant le profil d'effort, la capacité de travail dans une activité adaptée avait été de 100 % dès le 24 septembre 2020 (en accord avec l'examen du Dr M. _____ au SMR en avril 2021, avec une légère différence dans le profil d'effort), jusqu'à la décompensation psychique en juillet 2021 où la capacité de travail avait été de 50 %, avec une nouvelle incapacité de travail à 100 % durant trois mois après l'intervention chirurgicale du 23 septembre 2021. Ensuite la capacité de travail était à nouveau de 50 % avec une amélioration de l'état psychique en mai 2023. Depuis lors, la capacité de travail était de 100 %. Les limitations fonctionnelles à retenir étaient décrites en ces termes : « Du point de vue interdisciplinaire, la personne assurée est capable d'effectuer une activité sédentaire qui évite les longues marches, la montée et la descente des escaliers. Elle doit éviter de porter des charges au-dessus de 5 kg. Elle doit enfin éviter toute activité qui demande une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles et celles qui demandent une posture non ergonomique pouvant surcharger le bassin ainsi que le rachis ».

Par projet de décision du 27 novembre 2024, qui annulait celui du 10 juin 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100 %) du 1^{er} juillet 2020 au 31 décembre 2020, une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100 %) du 1^{er} septembre 2021 au 31 mars 2022, puis une rente s'élevant à 51 % d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 51 %) du 1^{er} avril 2022 au 31 juillet 2023.

Le 16 janvier 2025, l'assurée, agissant alors par BM. _____ en Assurances Sociales à Lausanne, a déposé des objections complétées le 28

février 2025, critiquant la valeur probante du volet psychiatrique du rapport d'expertise du BL._____ SA.

Par décision du 2 juillet 2025, l'OAI a confirmé son projet du 27 novembre 2024.

B. Par acte du 4 septembre 2025, H._____, représentée par Me David Métille, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée dont elle a conclu à la réforme, en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} juillet 2020. Subsidiairement, elle a conclu à un complément d'instruction par le biais d'une expertise psychiatrique et rhumatologique judiciaire pour établir les diagnostics incapacitants, respectivement au renvoi du dossier à l'OAI pour la réalisation d'une telle expertise. La recourante reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du 4 septembre 2024 du BL._____, en particulier son volet psychiatrique. Ce faisant, elle niait disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès mai 2023 comme retenue par l'intimé, se réservant le droit de déposer tout document médical complémentaire. La recourante a également sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire en sa faveur.

Par décision du 5 septembre 2025, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 septembre 2025. Elle a été exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me David Métille lui a été désigné.

Dans sa réponse du 6 octobre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, l'expertise bidisciplinaire figurant au dossier revêtant à son avis pleine valeur probante.

La recourante a répliqué le 26 janvier 2026 en persistant dans ses conclusions. Sous bordereau de pièces, elle a produit :

- un rapport du 19 février 2025 du Dr BJ._____ dont il ressort l'absence d'évolution de l'état de santé de la recourante, faute d'une amélioration significative intervenue depuis mai 2023 ;
- un rapport du 7 avril 2025 de la Dre BP._____, spécialiste en anesthésiologie, relatif à des consultations pour une évaluation et un suivi en médecine traditionnelle chinoise ainsi que pour un traitement par acupuncture entre le 17 octobre 2023 et le 29 mai 2024, qui n'avaient pas apportés de bénéfice sur les douleurs de la recourante ;
- un courriel du Dr BJ._____ du 5 décembre 2025, répondant aux questions de Me Métille, et dont on extrait ce qui suit :

"1. Situation clinique actuelle

Depuis février 2025, l'état psychiatrique de Mme H._____ demeure globalement stable, sans amélioration significative. Elle présente toujours une humeur triste, un repli social marqué et une diminution notable de ses activités quotidiennes. Elle sort peu de chez elle, s'occupe difficilement des tâches domestiques, se douche moins souvent et a mis fin récemment à une relation sentimentale, qu'elle jugeait trop exigeante émotionnellement. Le vécu de préjudice lié à son opération reste central dans son discours et entretient la symptomatologie dépressive et anxieuse. Un changement d'antidépresseur a été effectué récemment, dans un contexte de persistance de la tristesse, de la rumination et d'un sentiment de découragement.

2. Discussion clinique

Le tableau clinique reste dominé par une intrication complexe entre douleurs chroniques, facteurs psychologiques et composantes psychosociales. Les douleurs décrites paraissent plausibles sur le plan somatique, mais leur retentissement émotionnel et existentiel est majeur, contribuant à un cercle vicieux entre douleur, anxiété et inhibition. Le fonctionnement psychique est marqué par une humeur dépressive chronique, une anxiété généralisée et une focalisation importante sur les plaintes somatiques et le vécu d'injustice. Dans ce contexte, les diagnostics suivants posés en septembre 2023 demeurent pertinents :

6B43 - Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive chronique

6B40 - Trouble anxieux généralisé

MB26.5 – Trouble de douleur chronique associé à des facteurs psychologiques

3. Évaluation fonctionnelle

L'état psychiatrique ne montre ni aggravation majeure ni amélioration notable.

Le fonctionnement global reste limité, notamment sur les plans motivationnel et relationnel.

La capacité de travail peut être estimée, sur le plan strictement psychiatrique, à 20-40 % dans une activité adaptée, compte tenu de la fatigabilité psychique, de la faible tolérance au stress et de la persistance de la symptomatologie dépressive.

Une baisse de rendement de 40-60 % reste attendue dans un emploi sédentaire même adapté, en raison des limitations cognitives et émotionnelles liées à la douleur et à la rumination.

Cela étant, je relève que l'expertise interdisciplinaire du 4 septembre 2024 a retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

En tant que psychiatre traitant, je ne saurais modifier une telle conclusion en l'absence de changement objectivable de l'état de santé. Or, sur le plan psychiatrique, l'état de Mme H. _____ reste stable par rapport à celui observé lors de mon précédent rapport.

Ainsi, ma position clinique ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise, mais souligne que l'état psychique persiste sans amélioration notable.

4. Réponses synthétiques aux questions posées

1° Les diagnostics retenus en septembre 2023 sont confirmés et toujours d'actualité.

2° Aucune évolution favorable significative n'a été observée depuis : l'état demeure stable.

3° Symptômes : tristesse persistante, anxiété généralisée, ruminations, repli social, perte d'intérêt et sentiment de préjudice.

4° Ces symptômes limitent la capacité de travail par la fatigabilité psychique et la faible endurance émotionnelle.

5° Capacité de travail : 20-40 % dans une activité adaptée, avec baisse de rendement de 40-60 %.

6° Les limitations du test mini ICF décrites dans l'expertise me paraissent cohérentes, même si la symptomatologie dépressive et anxieuse reste sous-estimée.

7° L'évolution du statut psychiatrique depuis 2023 est stable, sans aggravation manifeste.

8° Les ressources psychiques demeurent limitées, en raison du repli et de la centration sur la douleur et le préjudice.

9° Une reprise à 100 % n'est pas envisageable à ce jour, 50 % apparaissent déjà difficilement soutenable à moyen terme.

10° De manière générale, l'état actuel illustre une chronicisation avec persistance des troubles et une interaction étroite entre dimensions somatiques et psychiques.

5. Conclusion

En résumé, Mme H._____ présente un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive chronique, un trouble anxieux généralisé et un trouble de douleur chronique avec facteurs psychologiques. L'état psychiatrique reste stable mais fragile, sans amélioration fonctionnelle notable. La capacité de travail demeure limitée, sans modification objectivable justifiant une réévaluation par rapport à l'expertise interdisciplinaire."

Dans sa duplique du 24 février 2026, à laquelle était annexé un avis du SMR du 9 février 2026, l'OAI a maintenu sa position.

Le 19 mai 2026, confirmant ses précédentes conclusions, la recourante a encore produit un rapport du même jour du Dr CD._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Au terme de ses consultations des 31 mars et 5 mai 2026, ce médecin a diagnostiqué un status après arthrodèse de la symphyse pubienne et des douleurs persistantes avec suspicion de congestion pelvienne. Il a émis l'appréciation suivante sur l'état de santé de la recourante :

"Au vu des douleurs et en l'absence de signe d'arthrose sacro-iliaque significative, je ne pense pas qu'il y ait une problématique significative à ce niveau. Par contre, nous allons effectuer une infiltration test anesthésique locale pure de l'articulation sacro-iliaque gauche pour évaluer la situation. Si ce test est formellement négatif, nous effectuerons une angio-IRM pelvienne dynamique et je me permettrai d'adresser la patiente au Professeur CF._____, radiologue interventionnel spécialisé dans ces pathologies, afin de faire le point de la situation."

Le 19 mai 2026, Me Métille a produit sa liste des opérations.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2020, sans discontinuité.

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) Ainsi l'ancien droit est applicable à la naissance du droit à la rente. En revanche, les modifications du taux d'invalidité intervenues postérieurement au 1^{er} janvier 2022 sont fondées sur des faits postérieurs à l'entrée en vigueur du nouveau droit et sont partant régies par celui-ci.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (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).

A teneur du droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est

fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 60 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGa. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI).

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).

d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

A teneur du droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, l'art. 17 al. 1 LPGa prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). De même toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi

lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

d) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 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_748/2023 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). 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).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références). 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. En l'occurrence, l'OAI a fondé la décision attaquée sur les constatations et les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) du 4 septembre 2024 du BL._____. De son côté, la recourante conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise.

a) Il sied en premier lieu de relever que, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire au dossier remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 5c supra). Les experts se sont entretenus le 30 juillet 2024 avec la recourante et ont eu accès à l'entier de son dossier médical. Dans chacune des deux disciplines médicales étudiées, le rapport d'expertise décrit l'anamnèse ainsi que les plaintes de la recourante et le déroulement de la journée-type a été recueilli par les experts. Les experts ont en outre procédé à leurs propres constatations cliniques lors de leurs entretiens avec l'intéressée. L'évaluation consensuelle procède d'une synthèse des spécialistes et répond de manière ciblée aux questions de l'administration sur la capacité de travail de la recourante.

b) S'agissant du volet rhumatologique de l'expertise, l'expert du BL._____ (le Dr CJ._____) a retenu les diagnostics incapacitants de status après symphysiodèse par plaque et greffe osseuse en raison d'une instabilité du bassin, status après résection de la symphyse pubienne (23 septembre 2021), de douleurs inguinales gauches sur probable syndrome de l'ilio-psoas et de syndrome lombo-vertébral sur insuffisance de la musculature lombo-pelvi-abdominale avec minimes remaniements arthrosiques inter-apophysaires postérieurs en L4-L5, L5-S1 bilatéraux selon le CT lombaire du 20 juin 2023, ainsi que les diagnostics non incapacitants de douleurs résiduelles de la crête iliaque gauche à l'endroit de la prise de greffe, de status après quatre interventions chirurgicales de type tympanoplastie pour otite chronique récidivante et de status après fracture de fatigue de l'aile iliaque gauche. L'expert retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle comme aide de cuisine depuis le 24 août 2019. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles proposées dans le profil d'effort, l'expert rhumatologue est d'avis que la capacité de travail a été de 100 % à partir du 24 septembre 2020 en accord avec l'examen du Dr M._____ au SMR en avril 2021 (avec une légère différence dans le profil d'effort), et il retient une nouvelle incapacité de travail à 100 % pendant trois mois après l'intervention chirurgicale du 23 septembre 2021. En outre, le profil d'effort retenu par l'expert comprend les limitations fonctionnelles suivantes : « La personne assurée est capable d'effectuer une activité sédentaire qui évite les longues marches, la montée et la descente des escaliers. Elle doit éviter de porter des charges au-dessus de 5 kg. Elle doit enfin éviter toute activité qui demande une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles et celles qui demandent une posture non ergonomique pouvant surcharger le bassin ainsi que le rachis ».

A l'appui de son recours, la recourante ne conteste pas les diagnostics retenus par l'expert rhumatologue, lesquels sont cohérents avec ceux retenus dans les rapports des divers médecins consultés figurant au dossier. Elle fait valoir en revanche que la répercussion sur sa capacité de travail de ses douleurs quasi continues au niveau de la partie inférieure

de son bassin, notamment au niveau du pli inguinal, a été niée et que l'expert a mal retranscrit le contenu du rapport de consultation du 20 juin 2023 du Prof. BB._____. Ce faisant, l'expert rhumatologue aurait omis de relever la présence d'une protrusion postérieure d'environ onze centimètres d'une vis pubienne inférieure au sein de la graisse para-vaginale gauche, élément qui ne saurait être sous-estimé selon la recourante. Or en ce qui concerne l'impact des douleurs, il apparaît que l'expert a tenu compte des douleurs résiduelles au niveau de la prise de greffe, dans le pli inguinal gauche ainsi qu'au niveau du dos à gauche, annoncées et qu'il a pris en compte la journée-type de la recourante ainsi que ses propres constatations cliniques afin d'étayer de manière objective ses conclusions. Du reste, ces dernières rejoignent pour l'essentiel les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique de l'assurée réalisé le 16 mars 2021 dans les locaux du SMR. Le Dr M._____ a retenu pour incapacitantes des douleurs mécaniques chroniques de l'articulation sacro-iliaque gauche dans un status post-fracture spontanée de l'aileron sacré gauche, traitée conservativement, alors que le status post-résection de la symphyse pubienne pour une arthrite chronique aseptique n'avait pas d'incidence. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais entière dans une activité adaptée depuis le 24 septembre 2020, soit la date de la consultation orthopédique du Dr V._____. Diverses limitations fonctionnelles étaient retenues (pour rappel, *Bassin* : pas de travail sur un plan instable ou en hauteur, pas de travail accroupie, pas de position debout prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de position statique au-delà de vingt minutes, pas de port de charges répété au-delà de cinq kilos [charges très légères], en tenant compte également de la stature). Cet examen clinique du SMR est également plus convaincant et motivé en comparaison avec les autres rapports médicaux au dossier se prononçant sur la capacité de travail de la recourante sous l'aspect rhumatologique. En effet, seule la Dre C._____ dans son rapport du 25 juin 2022 s'est positionnée sur une capacité de travail nulle de la recourante pour des motifs rhumatologiques. Pour toute motivation, la médecin traitante se contente d'alléguer l'incapacité de travail totale de sa patiente au vu des douleurs ressenties imposant une marche d'au maximum vingt minutes à plat, avec de nombreux arrêts, ainsi qu'une alternance régulière

des positions. Outre l'absence d'une argumentation objective motivée, il sied de relever que les constatations cliniques de la Dre C._____ sont différentes de celles retenues par l'expert rhumatologue. Au vu de son contenu qui ne permet pas de se prononcer sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, le rapport du 7 avril 2025 de la Dre BP._____ s'avère à son tour insuffisant pour instiller un doute quelconque sur le volet rhumatologique de l'expertise du BL._____. Enfin, s'agissant de la retranscription incorrecte du contenu du rapport du 20 juin 2023 du Prof. BB._____, contrairement à ce que soutient la recourante, il importe de relever que l'expert rhumatologue a tenu compte de la protrusion causée par le dépassement de deux vis dépassant selon le CT-scan du 20 juin 2023, en indiquant que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pourrait améliorer les douleurs inguinales (cf. expertise, volet rhumatologique, p. 39). Enfin, le rapport du 19 mai 2026 du Dr CD._____ n'est pas de nature à rediscuter les conclusions de l'expertise du BL._____ sur le plan somatique dès lors que ce médecin se limite à formuler son avis thérapeutique sur la suite de la prise en charge médicale de la lourdeur persistante de la région sacrée à recrudescence vespérale ainsi que lors de la position et de la marche annoncée par sa patiente. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante.

c) Concernant le volet psychiatrique de l'expertise, l'expert du BL._____ (le Dr CK._____) a, quant à lui, posé le diagnostic non incapacitant d'épisode dépressif léger avec un syndrome somatique. Ce faisant, il a relevé qu'il n'était pas en mesure de retenir d'incapacité de travail dans sa spécialité médicale jusqu'à la décompensation psychique débutant en juillet 2021 après une opération insatisfaisante. La capacité de travail a ensuite été de 50 % et de nouveau à 100 % avec une amélioration de l'état de santé psychique en mai 2023.

A l'appui de son recours, la recourante conteste la capacité de travail retenue en se prévalant des rapports du Dr BJ._____ des 19 février et 5 décembre 2025. Or en pages 19 et 20 du volet psychiatrique du rapport d'expertise du BL._____, l'expert a fourni des explications quant à la différence de positions entre son appréciation et les informations

divergentes ressortant du dossier, soit les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation, d'anxiété généralisée et de trouble somatoforme, sans précision, et l'évaluation de la capacité de travail entre 0-40 % en fonction du poste ainsi que des douleurs somatiques, tels que retenus par le Dr BJ._____ dans son rapport du 26 septembre 2023. A cet égard, l'expert psychiatre a en particulier expliqué que les douleurs et la fatigabilité limitant la capacité de travail décrites par le psychiatre traitant trouvaient leur origine dans le registre des atteintes à la santé physique, et non psychique. A lecture des rapports produits dans le cadre la présente procédure, le Dr BJ._____ indique que le status psychiatrique de sa patiente n'a pas évolué depuis 2023, si bien qu'il mentionne toujours les mêmes motifs pour retenir une incapacité de travail quasi-totale. En l'état actuel, il indique que ses conclusions sont le reflet d'une chronicisation avec persistance des troubles et une interaction étroite entre dimensions somatiques et psychiques, les ressources psychiques étant limitées, en raison du repli et de la centration sur la douleur et le préjudice. Etant donné l'absence de nouvel élément rapporté depuis l'évaluation précédente en 2023, il n'existe aucun motif de douter de la pertinence de la discussion de l'expert psychiatre du BL._____ qui reste d'actualité. Par ailleurs, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Dans ces conditions, il convient de relativiser la portée du contenu des rapports médicaux établis par le Dr BJ._____, ce d'autant plus que ledit médecin indique clairement tenir compte des douleurs physiques qui ont une origine somatique et du contexte social de la recourante, soit autant d'éléments qui sortent du cadre d'un examen psychiatrique. On relèvera encore que, dans son rapport du 5 décembre 2025, ce médecin indique « ma position clinique ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise, mais souligne que l'état psychique persiste sans amélioration ».

d) En conséquence, l'OAI pouvait se fonder sur les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du BL._____ du 4 septembre 2024,

qui a pleine valeur probante, pour rendre sa décision. Les incapacités de travail qui pouvaient dès lors être retenues par l'OAI étaient les suivantes :

- 100 % du 18 juillet 2019 au 23 septembre 2020;
- 50 % du 1^{er} juillet 2021 au 22 septembre 2021;
- 100 % du 23 septembre 2021 au 23 décembre 2021;
- 50 % du 24 décembre 2021 au 30 avril 2023.

7. En ce qui concerne les calculs des taux d'invalidité, la recourante ne revient pas sur la méthode de calcul utilisée par l'intimé pour déterminer le droit aux rentes temporaires, ni sur les chiffres retenus à titre de revenus avec et sans invalidité qui peuvent donc être confirmés.

8. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'apparaît donc pas nécessaire de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 2 juillet 2025 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de 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. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, la recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

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 bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille. En

l'espèce, après examen de la liste des opérations communiquée le 19 mai 2026, Me Métille peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 3'166 fr. 75, débours et TVA compris.

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 juillet 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'166 fr. 75 (trois mille cent soixante-six francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** 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 et de l'indemnité du conseil d'office 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 :

- Me David Métille, pour H. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :