

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante, représentée par Me Manon Trisconi, avocate
à Vevey,

et

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

**Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 -
3 RAI**

En fait :

A. C._____ (ci-après, également : l'assurée ou la recourante), née en ***, est mariée et mère d'une enfant née en ***. Elle a travaillé dans le domaine de la restauration et en dernier lieu, depuis 2007, elle a exercé comme aide-gérante de restaurant, à plein temps, au restaurant pizzeria la R._____, à Q***, exploité par la société D._____ SA (dont F._____ [époux de l'assurée] est l'un des administrateurs).

Le 27 mars 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Lors d'un entretien du 30 mars 2015 avec une collaboratrice en charge du dossier à l'OAI, l'assurée a indiqué présenter une atteinte à la santé sous la forme de « Problème au pied gauche ». Selon la description faite, au mois de mai 2013, elle avait reçu une caisse sur le pied en déchargeant sa voiture, membre inférieur qui la faisait souffrir. Elle était en incapacité de travail à 50 % depuis lors. Le cas n'avait pas été pris en charge par l'assurance-accidents. L'intéressée a été licenciée de son poste de travail pour la fin avril 2015.

Le 13 avril 2015, l'OAI a reçu une copie du dossier constitué par E._____ SA, assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée. Il en ressort un rapport du 8 décembre 2014 de la Dre G._____, spécialiste en médecine générale, posant les diagnostics de nécrose du V^e métatarsien du pied gauche partielle, d'effondrement de la voûte plantaire et d'arthrose du pied.

Par rapport du 28 mai 2015, le Dr J._____, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a diagnostiqué une ostéonécrose partielle de la tête du 5^{ème} métatarsien du pied gauche depuis l'« accident » en mai 2013. La capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle d'aide-gérante de restaurant était évaluée « entre 50 et 100% »

avec une réduction du rendement en raison des douleurs persistantes au membre inférieur gauche.

Dans un rapport reçu le 24 juin 2015 par l'OAI, la Dre G. _____ a indiqué que sa patiente présentait des douleurs insupportables après deux à trois heures de travail. La capacité de travail dans l'activité habituelle était estimée à 50 %.

Par avis du 14 août 2015, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) prenant en considération l'ensemble des pièces médicales, a admis une capacité de travail résiduelle de 75 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. À titre de limitations fonctionnelles, il a retenu la position debout prolongée, la marche prolongée, les escaliers, l'accroupissement et agenouillement répétés. Une capacité de travail totale dans une activité adaptée pouvait être retenue dès le 25 mai 2015.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'assurée a bénéficié de la prise en charge par l'OAI d'un bilan d'orientation professionnelle du 14 septembre 2015 au 30 octobre 2015 auprès d'H. _____, psychologue du travail. Au terme de cette mesure, l'assurée était décrite comme « débrouillarde et travailleuse ». Les pistes professionnelles adaptées sans nécessité de formation – l'intéressée n'avait pas les prérequis pour une formation de type AFP ou CFC – étaient celles d'ouvrière industrielle ou caissière (bilan d'orientation professionnelle rédigé le 30 octobre 2025 par H. _____).

Dans le cadre de l'examen d'une mesure d'aide au placement accordée le 17 novembre 2015, l'assurée a exprimé l'envie de conserver son poste chez son ancien employeur à 50 ou à 60 % et viser un projet de formation dans l'esthétique qu'elle comptait financer elle-même (document intitulé « Note 1^{er} entretien placement » du 16 décembre 2015).

Par projet de décision du 26 février 2016, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à un reclassement et à l'octroi d'une rente d'invalidité.

S'agissant du reclassement, l'OAI a indiqué qu'il ressortait du bilan d'orientation qu'aucune mesure professionnelle ne permettait de réduire le préjudice économique. Enfin, le degré d'invalidité de 24,70 % s'avérait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 8 mars 2016, la Dre G._____ a adressé un rapport médical à l'OAI indiquant que l'assurée n'était pas en mesure de travailler à plus de 50 % dans son activité habituelle en raison des douleurs trop importantes après quatre heures de travail. Elle demandait à ce que sa patiente puisse bénéficier d'une réinsertion professionnelle qui lui donne la possibilité de travailler à 100 % dans une profession adaptée.

Par courrier du 10 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il mettait un terme à la mesure d'aide au placement accordée le 17 novembre 2025 pour défaut de collaboration.

Le 25 mai 2016, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections, avec la précision qu'elle continuait de mettre tout en œuvre pour trouver un poste à 100 % dans une profession adaptée à son état de santé avec un salaire équivalent à celui auquel elle pouvait prétendre dans son activité de gérante de restaurant.

Par décision du 28 juin 2016, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des mesures de reclassement, ainsi qu'à une rente d'invalidité, conformément au projet du 26 février 2016.

Le 22 août 2016, l'assurée, alors représentée par Me Damien Hottelier, a fait part à l'OAI de son intention de bénéficier de mesures d'aide au placement.

Par communication du 1^{er} septembre 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement dont la mesure correspondante devait être mise en place dès que possible.

Par acte du 29 août 2016, l'assurée a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision rendue le 28 juin 2016 par l'OAI.

Par arrêt du 11 mai 2017 (CASSO AI 214/16 – 151/2017), la Cour a rejeté le recours interjeté par l'assurée. Cet arrêt n'a pas été contesté.

B. Le 30 novembre 2020, C._____ – qui travaillait au restaurant pizzeria la R._____ comme aide-gérante à plein temps depuis le 1^{er} janvier 2017 – a déposé une nouvelle demande (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI en indiquant souffrir de polyarthrite rhumatoïde gauche et d'un syndrome du tunnel carpien gauche. Elle était en incapacité de travail à 100 % depuis le 29 juin 2020.

Lors d'un entretien du 8 décembre 2020, l'assurée a informé l'OAI de la reprise du travail au taux de 30 % dès le 10 décembre 2020.

Par communication du 22 décembre 2020, l'OAI a informé l'assurée du suivi de reprise dans le cadre de la prise en charge d'une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés auprès de la L._____, à S***, du 4 janvier au 25 juin 2021.

Le 22 janvier 2021, l'OAI a reçu une copie du dossier constitué par M._____ (assurance perte de gain en cas de maladie de l'assurée). Il en ressort en particulier les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 22 octobre 2020 du Dr N._____, spécialiste en neurologie, diagnostiquant un syndrome du tunnel carpien sensitivomoteur gauche secondaire à une probable polyarthrite rhumatoïde chez l'assurée qui souffrait d'une intense douleur depuis deux mois au niveau du poignet gauche qui la gênait d'abord la nuit, puis aussi en journée ;

- un rapport du 27 octobre 2020 du Prof. I._____, chef du Service de rhumatologie du CHUV, diagnostiquant une polyarthrite rhumatoïde séropositive, une ostéonécrose de MTP 5 [5^{ème} métatarso-phalangienne] gauche 2016, des enthésopathies de l'insertion et tendinopathie du tendon

supra-épineux doppler positif avec une bursite sous-acromio-deltoïdienne 2019, ainsi qu'un tabagisme actif ;

- un rapport du 2 novembre 2020 du Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de polyarthrologie cervico-dorso-lombaire, d'omalgies mécaniques sur conflit sous-acromial et de tunnel carpien sensitivomoteur gauche.

Selon le rapport de mesure du 9 février 2021, le médecin traitant avait informé les évaluateurs de la L._____ que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et qu'il allait se péjorer dans le temps au vu de sa problématique de santé dégénérative. Selon l'évaluatrice, l'assurée ne se projetait pas dans une autre activité que la restauration mis à part peut-être dans le domaine de la vente afin de garder le contact avec la clientèle, ce qu'elle appréciait. L'intéressée avait tenté de reprendre le travail en décembre 2020. Toutefois, elle n'avait pas réussi à porter les plateaux, ni les assiettes, ni à tenir le rythme comme précédemment.

Par communication du 11 mars 2021, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient alors pas envisageables et que l'instruction de sa demande de prestations se poursuivait.

Par rapport du 22 mars 2021, le Dr O._____ a mentionné un pronostic réservé en l'état des choses. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, ce médecin a néanmoins indiqué en raison des limitations fonctionnelles un « rendement actuel nul ».

Aux termes d'un rapport du 9 avril 2021, la Dre G._____ évaluait la capacité de travail de sa patiente comme nulle dans l'activité habituelle dès le 18 septembre 2020, mais de 30 % dans une activité adaptée depuis le 10 février 2021.

Par rapport du 8 juin 2021, les Dres BB._____ et BC._____, médecins au Service de rhumatologie du CHUV, ont retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de polyarthrite rhumatoïde et de scoliose thoraco-lombaire avec déséquilibre de la statique. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges lourdes (supérieures à 5 kilos) ou répétées par les membres supérieurs, les mouvements minutieux et répétés des doigts, les mouvements en élévation des bras au-delà de 90 degrés, les positions debout prolongées ou le piétinement, ainsi que les mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire. La capacité de travail de l'assurée était estimée à 50 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, avec des périodes fractionnées.

Par rapport du 28 octobre 2021, les Dres BB._____ et BC._____ ont évalué la capacité de travail de l'assurée à 20-30 % depuis octobre 2020 dans l'activité habituelle et à 50 % dans une activité adaptée, sous réserve d'une efficacité thérapeutique des traitements récemment introduits lesquels nécessitaient au moins un recul de trois mois pour juger pleinement de leurs effets. Ces médecins relevaient qu'un rhumatisme actif était responsable d'une asthénie en raison de troubles du sommeil ainsi que des douleurs chroniques et persistantes, également susceptibles d'influer sur la capacité de travail.

Dans un rapport du 24 février 2022, la Dre BC._____ a retenu une capacité de travail nulle de l'assurée depuis octobre 2020 dans l'activité habituelle, et de 50 à 70 % dans une activité adaptée à envisager dès le printemps 2022, sous réserve d'un bon contrôle thérapeutique du rhumatisme inflammatoire.

Par avis du 4 avril 2022, le SMR a suggéré de réaliser un examen rhumatologique ou une expertise rhumatologique externe.

L'OAI a confié la réalisation d'un examen clinique rhumatologique au SMR. Par rapport du 21 juin 2022, le Dr BD._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de polyarthrite

rhumatoïde séropositive. Les limitations fonctionnelles étaient une activité répétitive ou contre résistance, un port de charges au-delà de 5 kilos et des pauses supplémentaires pour des mouvements de déverrouillage. Ce médecin a retenu une capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle de 50 % dès le 26 juillet 2020, nulle dès le 18 septembre 2020, de 30 % dès le 10 octobre 2020, puis de 50% dès le 8 décembre 2021. La capacité de travail de l'assurée était de 75 % dès le 8 décembre 2021 dans une activité adaptée. Le Dr BD._____ mentionnait un pronostic indéterminé, au motif qu'il n'était pas rare qu'une polyarthrite rhumatoïde échappe au traitement au cours des années.

Par communication du 27 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge des coûts pour une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Orif d'A***, du 1^{er} novembre 2022 au 13 février 2023, au taux de présence de 50 % avec un passage progressif à 75 %.

Dans un rapport intermédiaire du 12 janvier 2023, les responsables de l'Orif d'A*** ont envisagé un stage en entreprise dans du contrôle qualité de pièces de petites dimensions, avec la précision que l'assurée s'intéressait également à l'orientation d'animatrice dans le milieu social. Ils observaient que le taux de 60 % générerait de la fatigue.

Par rapport du 27 janvier 2023, la Dre G._____ préconisait une reprise de travail progressive jusqu'à 50-60 % au maximum dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activités minutieuses ou répétées des doigts, des poignets et des bras, port de charges lourdes régulières [supérieures à deux kilos] ou occasionnelles [supérieures à cinq kilos]).

Par communication du 2 février 2023, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi d'une mesure de reclassement – préparation ciblée – (au sens de l'art. 17 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]), sous la forme d'une formation pratique en bureau/commerce auprès de l'Orif d'A***, du 14 février 2023 au 30 août 2023, à un taux de présence de 60 %, puis passage progressif à 75 %.

Par communication du 29 août 2023, l'OAI a prolongé la mesure de reclassement professionnel précitée jusqu'au 30 novembre 2023.

Dans un rapport d'intégration socioprofessionnelle du 31 août 2023, les responsables de l'Orif d'A*** ont noté que si l'assurée était motivée et à l'aise, elle reconnaissait que sa santé restait fragile et qu'elle devait apprendre à respecter ses limitations. Elle évoquait surtout sa problématique liée à la polyarthralgie rhumatoïde qui pouvait générer une grande fatigue et des douleurs importantes.

Le 6 octobre 2023, l'OAI a pris en charge des frais supplémentaires au reclassement professionnel sous la forme des coûts de cours de français du 2 octobre 2023 au 30 juin 2024.

Par communications des 2 novembre 2023 et 23 janvier 2024, l'OAI a prolongé la mesure de reclassement professionnel jusqu'au 28 février 2024, respectivement au 30 avril 2024.

Lors d'un rapport en vue du placement du 25 mars 2024, l'OAI a noté que l'assurée effectuait un stage chez BF._____ SA, à Q***, magasin spécialisé dans le domaine du pneu et le service automobile, du 1^{er} février 2024 au 31 mai 2024. Elle s'occupait du classement, de la facturation, de la prise de rendez-vous, des entrées et sorties de marchandises, des téléphones et de la réception, avec un taux de présence de 60 % (40 % de rendement).

Le 23 avril 2024, l'OAI a pris en charge des frais supplémentaires au reclassement professionnel sous la forme des coûts de cours de soutien en anglais – conversation de base, du 1^{er} mai 2024 au 31 juillet 2024.

Le 23 avril 2024, l'OAI a également octroyé à l'assurée une prestation de coaching (au sens de l'art. 14^{quater} LAI) effectuée auprès de l'Orif d'A*** du 1^{er} mai 2024 au 31 juillet 2024.

Le 23 avril 2024, l'OAI a encore pris en charge un reclassement professionnel de l'assurée dans l'activité de secrétaire-réceptionniste auprès de BF. _____ SA, à Q***, du 1^{er} mai au 31 juillet 2024, au taux de présence de 60 %.

Par communications du 11 juillet 2024, l'OAI a prolongé la prestation de coaching effectuée auprès de l'Orif d'A*** ainsi que la préparation ciblée à l'activité de secrétaire-réceptionniste auprès de BF. _____ SA, jusqu'au 31 décembre 2024 au taux de présence de 60 %.

Dans un rapport final du 9 août 2024, la directrice du BG. _____ Orif d'A*** a indiqué que l'assurée avait comme perspective professionnelle son engagement par BF. _____ SA, au taux de 60 %, dès le 1^{er} janvier 2025.

Par communication du 26 août 2024, l'assurée a bénéficié de la part de l'OAI, en vue du maintien au poste de travail (au sens de l'art. 18 LAI) de la prise en charge des coûts pour une analyse ergonomique ainsi que des conseils post-installation des adaptations de la place de travail auprès de BJ. _____, à T***, du 29 août 2024 au 29 août 2025.

Le 7 octobre 2024, l'OAI a également informé l'assurée de la prise en charge de frais supplémentaires au reclassement professionnel, sous la forme des coûts pour du matériel ergonomique du 7 octobre 2024 au 31 décembre 2024, ainsi que pour une chaise ergonomique « BK. _____ ».

Le 13 décembre 2024, un contrat de travail a été conclu entre l'assurée et BF. _____ SA pour un poste de collaboratrice de vente interne pour la filiale de Q***, au taux de 60 %, débutant le 1^{er} janvier 2025. Le salaire mensuel brut était de 2'300 francs.

Le 6 janvier 2025, l'Orif d'A*** a confirmé à l'OAI la fin de la mesure au 31 décembre 2024. Il était noté que la capacité de travail de

l'assurée était de 60 %, laquelle avait un bon rendement, malgré son inexpérience dans le domaine administratif.

Le 7 janvier 2025, répondant à un questionnaire du 17 décembre 2024 de l'OAI, la Dre G._____ a indiqué que depuis son précédent rapport la capacité de travail était stable ; en raison de la persistance des douleurs et fatigue, elle était de 60 %.

Le 4 février 2025, en guise de réponse au questionnaire de l'OAI du 17 décembre 2024, la Dre BC._____ a indiqué que l'assurée était en mesure de travailler entre six à huit heures par jour dans son activité actuelle au garage qui n'exacerbait pas sa polyarthrite rhumatoïde.

Par projet de décision du 21 mars 2025, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente de 27,5 % (basée sur un degré d'invalidité de 41 % d'une rente entière) dès le 1^{er} janvier 2025.

A l'appui de ses objections des 23 avril et 22 mai 2025 à l'encontre de ce préavis, l'assurée, agissant par Me Valentin Groslimond, a fait valoir que, selon sa médecin traitante, sa capacité de travail était de 60 % dans une activité adaptée, et non de 75 % comme indiqué par erreur par l'OAI.

Le SMR a retenu que les critiques formulées par l'assurée n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux, de sorte que les conclusions de l'examen clinique rhumatologique SMR de juin 2022 restaient parfaitement d'actualité (avis « audition » du 22 juillet 2025).

Par décision du 16 septembre 2025, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de 27,5 % dès le 1^{er} octobre 2025.

Par décision du 19 septembre 2025, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de 27,5 % du 1^{er} janvier 2025 au 30 septembre 2025.

C. Par actes du 16 octobre 2025, C._____, représentée par Me Manon Trisconi, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de deux recours contre les décisions des 16 et 19 septembre 2025 de l'OAI, en concluant, avec dépens, à leur annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 52 % en sa faveur dès le 1^{er} janvier 2025, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre pour déterminer le taux de l'incapacité de travail et le degré d'invalidité présentés, plus subsidiairement encore au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical. Ce faisant, elle contestait la capacité de travail de 75 % retenue dans des activités adaptées. Elle précisait, en ce sens, que depuis 2022 son état de santé se dégradait de jour en jour, comme en attestaient les divers médecins consultés, si bien que les gestes les plus banals du quotidien étaient impactés par sa maladie. Compte tenu de l'échec partiel des traitements de fond, l'impact des douleurs chroniques, de la fatigue et de l'état anxio-dépressif justifiait, selon elle, de retenir une capacité résiduelle de travail de 60 % au maximum. Selon son propre calcul, elle présentait un degré d'invalidité de 52 %. Sous bordereau de pièces joint aux actes de recours, figurait en particulier un rapport du 14 octobre 2025 dans lequel la Dre G._____ a signalé, qu'en sus d'ennuis de santé somatique, la recourante souffrait d'un état anxio-dépressif secondaire.

Ces deux recours ont été enregistrés par le Tribunal sous les numéros de causes ZD25.*** (AI 324/25) et ZD25.*** (AI 325/25).

Le 28 octobre 2025, le Juge instructeur a ordonné la jonction des causes ZD25.*** et ZD25.*** pour faire l'objet d'une instruction et d'un jugement communs.

Dans sa réponse du 16 décembre 2025, l'OAI a conclu au rejet des recours.

Avec sa réplique du 12 janvier 2026, la recourante a produit un rapport du 25 juin 2025 de la Dre BL._____, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, posant les diagnostics de luxation méniscale antérieure réductible de l'ATM [articulation temporo-mandibulaire] à gauche et de bruxisme sévère, source de douleurs et craquements, et prescrivant neuf séances pour un traitement de physiothérapie de recapture méniscale ainsi que massage chez une thérapeute spécialisée dans la sphère maxillo-faciale.

Le 20 janvier 2026, la recourante a produit un bordereau de pièces, dont en particulier un rapport de la Dre BC._____ du 24 septembre 2025 qui se terminait de la manière suivante :

“Discussion et synthèse :

La polyarthrite rhumatoïde est en faible activité, à l'exception d'une synovite invalidante de la MTP [métatarso-phalangienne] 5 gauche que j'ai proposé d'infiltrer. Le reste des douleurs est d'horaire plutôt mécanique avec quelques crises occasionnelles et rapidement soulagées avec la Prednisone.

Je propose ainsi à la patiente de poursuivre le traitement à l'identique mais d'envisager un changement de son traitement de fond vers un autre biologique en cas de crises itératives, évité jusqu'à ce jour en raison du souhait de la patiente d'un traitement oral, et d'éviter au maximum les injections sous-cutanées.

Je lui remets une nouvelle prise en charge en ergothérapie pour du travail de renforcement musculaire et antalgique des mains et la reverrai à ma consultation d'ici 3 à 4 mois pour une nouvelle réévaluation clinique.”

Dans sa duplique du 10 février 2026, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours, étant d'avis que les pièces produites ne permettaient pas un nouvel éclairage de la situation.

Le 13 mars 2026, la recourante a produit un rapport ergothérapeutique du 5 mars 2026 rédigé par BM._____, ergothérapeute, à Q***, lequel estimait la capacité de travail de la recourante à 50 % au maximum, moyennant un espace de travail aménagé (mesures ergonomiques) et la prévision d'absences ponctuelles en cas de forte crise inflammatoire.

Par déterminations du 17 avril 2026, l'OAI a maintenu ses conclusions.

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). 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, déposés 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), les recours, déposés par B. _____ contre les décisions rendues par l'OAI les 16 septembre 2025 (ZD25.**) et 19 septembre 2025 (ZD25.**), sont recevables.

Par ordonnance du 28 octobre 2025, le Juge instructeur a ordonné la jonction des causes enregistrées sous références ZD25.** et ZD25.**.

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2025, à la suite de sa nouvelle demande déposée le 30 novembre 2020 et des mesures de réadaptation accomplies par l'intéressée jusqu'au 31 décembre 2024.

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.

b) Attendu que le droit de la recourante à une rente d'invalidité prend en l'occurrence naissance le 1^{er} janvier 2025, à la suite des mesures de réadaptation accomplies par l'intéressée jusqu'au 31 décembre 2024, le nouveau droit est applicable.

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). 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 69 %, 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).

5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGa (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose 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 conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui 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).

6. 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) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence

en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié *in* ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

7. a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 30 novembre 2020 par la recourante et a ordonné un examen clinique rhumatologique réalisé le 15 juin 2022 par le Dr BD._____, médecin auprès du SMR, dont il ressort que l'intéressée dispose d'une capacité de travail de 75 % dans l'activité de secrétaire-réceptionniste, adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 8 décembre 2021, et pour laquelle elle a bénéficié de mesures de réadaptation professionnelle, sous la forme notamment d'un reclassement, jusqu'au 31 décembre 2024. La valeur probante du rapport d'examen du 21 juin 2022 du SMR est remise en cause par la recourante.

b) À l'occasion de son examen clinique du 15 juin 2022, le Dr BD._____ avait posé, à titre d'atteinte incapacitante, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive. Il avait par ailleurs fait état de

comorbidités sans incidence sur la capacité de travail, à savoir des lombalgies intermittentes non présentes le jour de l'examen, des séquelles de maladie de CB._____, des discopathies de D6 à D12 et L3 à S1 sans protrusion discale, un pied creux bilatéral, un *hallux valgus* bilatéral et des séquelles d'ostéonécrose partielle de la tête du 5^{ème} métatarsien du pied gauche en 2013, suivie d'une légère arthrose de la métatarso-phalangienne.

Pour le Dr BD._____, malgré la persistance de douleurs résiduelles, l'examen n'avait pas montré de limitation fonctionnelle majeure aux membres inférieurs. La recourante conservait une mobilité satisfaisante, travaillait à 30 % dans la restauration et tenait son ménage, s'occupait de sa fille alors âgée de douze ans, gardait une vie sociale (elle effectuait des balades régulières avec une copine) et conduisait une voiture sur des temps de parcours d'au moins trente minutes. À cet égard, une discordance entre les plaintes de la recourante et les capacités observées avait été soulignée par le médecin du SMR.

Cela étant, les limitations fonctionnelles retenues étaient alors les suivantes : « activité répétitive contre résistance, port de charges au-delà de 5 kg, pauses supplémentaires pour des mouvements de déverrouillage ». Dans son activité habituelle d'aide-gérante dans la restauration, la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dès le 26 juillet 2020, nulle dès le 18 septembre 2020, de 30 % dès le 10 octobre 2020, puis de 50 % dès le 8 décembre 2021. À partir de cette dernière date, elle disposait en outre d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Selon le Dr BD._____, la diminution de la capacité de travail dans une telle activité se justifiait par la persistance d'une inflammation articulaire (main et poignet gauches) ainsi que par la fatigue, la recourante ayant déclaré que, depuis les manifestations de la polyarthrite rhumatoïde, elle effectuait régulièrement une sieste d'une heure.

8. a) Comme l'a observé l'intimé à juste titre, l'examen clinique rhumatologique du SMR permet de retenir une modification du degré

d'invalidité de la recourante depuis la dernière décision entrée en force, soit en l'occurrence depuis l'arrêt du 11 mai 2017 (CASSO AI 214/16 - 151/2017), par lequel la Cour avait confirmé la décision de l'intimé du 28 juin 2016 concluant à un degré d'invalidité de 24,70 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. En effet, alors qu'en 2016, les limitations fonctionnelles mises en exergue se rapportaient à des atteintes aux membres inférieurs, et en particulier à l'ostéonécrose partielle de la tête du 5^{ème} métatarsien du pied gauche subie par la recourante à la suite d'un « accident » survenu en mai 2013, celles-là sont désormais en lien avec la polyarthrite rhumatoïde séropositive qui lui avait été diagnostiquée en 2020 au CHUV et ne concernent ainsi plus spécifiquement les membres inférieurs.

b) Il en va différemment de la conclusion du Dr BD._____ retenant une capacité de travail de 75 % exigible de la part de la recourante dans l'exercice de sa nouvelle activité de secrétaire-réceptionniste.

En premier lieu, il importe de relever que l'examen clinique rhumatologique réalisé au SMR remonte au mois de juin 2022, soit à une époque où les mesures de réadaptation n'avaient pas encore été mises en œuvre, celles-ci ayant été initiées par l'intimé qu'en octobre 2022 par une première mesure d'orientation professionnelle, puis concrétisées dès février 2023 sous la forme d'une formation pratique en bureautique/commerce auprès de l'Orif d'A*** et enfin par un stage et un engagement dès 2025 comme secrétaire-réceptionniste dans un garage automobile. Aussi, alors que le Dr BD._____ avait mis en exergue la possibilité que les inflammations articulaires ainsi que la fatigue influencent de manière négative la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à son état de santé, il n'a pas été en mesure de se prononcer spécifiquement, dans son examen clinique, sur les contraintes et difficultés éventuelles que la recourante était susceptible de rencontrer dans le cadre de l'exercice de sa nouvelle activité dans le domaine administratif (secrétaire-réceptionniste), laquelle n'avait pas encore été envisagée par le service de réadaptation professionnelle de l'intimé. Finalement, les médecins traitants de la recourante ont par la suite constamment attesté d'une capacité de travail limitée à 60 % dans l'activité de secrétaire-réceptionniste. Ce taux

avait du reste été validé par l'organisme mandaté en vue de la réadaptation professionnelle de la recourante (Orif d'A***). D'entente avec l'OAI, la formation et le stage de la recourante à l'Orif d'A*** devaient se dérouler à un tel taux d'activité. Ce choix était motivé en raison de la persistance des arthralgies touchant les mains et poignets ainsi que de l'importante fatigue ressentie par l'intéressée.

En outre, au terme de son examen clinique, le Dr BD. _____ avait fait état d'un « pronostic indéterminé » quant à l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde présentée par la recourante, observant qu'il n'était pas rare qu'une telle atteinte « échappe au traitement » au cours des années. Or, à lecture des rapports médicaux produits par la recourante, il n'est pas exclu que la situation se soit effectivement péjorée depuis juin 2022, comme l'évoquait alors le Dr BD. _____. En effet, dans les derniers rapports qu'elle a établis, la Dre BC. _____ s'est montrée très nuancée compte tenu du rhumatisme en faible activité avec des poussées inflammatoires imprévisibles, une réponse seulement partielle aux traitements initiés et contre-indiquant des gestes fins ou répétitifs des bras et mains ainsi que limitant le port régulier de charges de plus de deux kilos et occasionnel de plus de cinq kilos. Les médecins consultés ont par ailleurs fait part de la mise en place d'un suivi en chirurgie maxillo-faciale, auprès de la Dre BL. _____, en raison de douleurs à la mâchoire et d'un trouble fonctionnel de mastication, sources de fortes douleurs nécessitant la prise régulière d'antalgiques. Enfin, la Dre G. _____ mentionne, sans autre précision, un état anxio-dépressif secondaire chez la recourante.

c) Compte tenu de l'ensemble des éléments précités et du fait que la recourante a mis à contribution ses facultés personnelles et fourni des efforts pour mener à bien son reclassement dans une nouvelle profession adaptée au taux de 60 % alors même qu'elle ne disposait que d'une capacité d'apprentissage limitée (absence de prérequis pour une formation de type AFP ou CFC) et qu'elle souffrait de la persistance de douleurs et fatigue en lien avec son atteinte à la santé physique, l'intimé ne pouvait se fonder de manière fiable sur les conclusions du Dr BD. _____ qui, en juin 2022, évaluait la capacité de travail de la recourante à 75 %

« dans toute activité adaptée ». C'est à cet égard le lieu de rappeler que, s'agissant en l'occurrence d'un examen clinique réalisé par le SMR, lorsque des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance, ils doivent conduire à la mise en œuvre d'une expertise (cf. consid. 6c supra et les références citées).

9. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_259/2022 du 20 septembre 2022 consid. 5.1.1 et les références). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n^{os} 17 et 29 *ad* art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il

s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler les décisions entreprises et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Il est nécessaire d'instruire l'aggravation de l'état de santé physique de la recourante et de compléter l'instruction quant à son état de santé psychique. Dans ce contexte, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins des volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie afin de clarifier le tableau clinique global présenté par l'intéressée depuis 2017. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

10. a) En définitive, les recours doivent être admis et les décisions attaquées annulées, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour qu'il procède dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

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 l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Les recours sont admis.
- II. Les décisions rendues les 16 et 19 septembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Manon Trisconi, pour C._____,
- 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 :