

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 août 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Pasche, juge, et Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, avocats à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 8, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1, 8, 28 al. 1, 17 et 18 LAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en ***. Sans formation professionnelle, elle a travaillé, en dernier lieu, pour le compte du Restaurant D._____, à Q***, en qualité d'aide de cuisine entre les mois de septembre 2019 et d'octobre 2021, à un taux de 100 %.

Le 17 avril 2023, 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), alléguant être totalement incapable de travailler depuis le 11 avril 2022. Elle a notamment joint :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis cervical du 13 janvier 2023 montrant une minime hernie discale médiane sans conflit radiculaire aux vertèbres C4-C5, ainsi qu'une minime uncarthrose bilatérale et un discret remaniement Modic de type I aux vertèbres C5-C6 et C6-C7 ; et
- un rapport du 28 mars 2023 de la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale et cheffe de clinique adjointe au Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), laquelle posait les diagnostics de rhumatisme psoriasique *sine* psoriasis, de cervicalgies mécaniques d'origine musculaire *versus* psoriasitique, de kyste mucoïde de la cheville gauche et d'hépatite B ancienne.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli divers documents, dont :

- un rapport du 5 juillet 2023 de la Dre G._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, laquelle diagnostiquait un diabète de type 2, tout en précisant n'avoir jamais attesté d'incapacité de travail en lien avec cette maladie ;
- un rapport du 3 août 2023 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel mettait en évidence les mêmes diagnostics que ceux notés par la Dre C._____, excepté celui d'hépatite B, tout en certifiant une capacité de travail nulle dans n'importe quelle

activité dès le 7 mai 2021 en raison de l'impossibilité pour sa patiente d'accomplir, de manière soutenue, toute tâche manuelle ;

- un rapport du 29 août 2023 de la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle soulignait le diagnostic de trouble de l'adaptation mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F43.22), tout en faisant état d'un pronostic réservé quant à la capacité de travail du fait du tableau douloureux chronique ;
- un rapport du 7 septembre 2023 de la Dre C._____, laquelle déclarait que l'assurée, malgré l'introduction d'un traitement de Méthotrexate bien conduit, présentait toujours d'importantes crampes musculaires au niveau des orteils, avec douleurs nocturnes prédominantes, une raideur au niveau des mains et des douleurs de chevilles à la marche, tout en évaluant, depuis le 28 août 2023, la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée n'exigeant pas de se tenir uniquement en position debout, de marcher principalement en terrain irrégulier, de travailler accroupi ou à genoux, de porter des charges supérieures à 10 kg et de monter des escaliers ou sur une échelle ou des échafaudages ;
- un rapport du 11 avril 2024 du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et chef de clinique adjoint au Service de rhumatologie du CHUV, lequel exposait que sa patiente était surtout limitée dans les activités de base, singulièrement pour la mobilité fine au niveau des mains ;
- un rapport du 25 mai 2024 de la Dre M._____, laquelle relevait le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques, tout en retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 30 % à 40 % dans une activité adaptée, à condition que l'assurée n'ait plus de douleurs et retrouve un sommeil favorable ;
- un rapport du 18 novembre 2024 de la Dre C._____, laquelle faisait mention d'une stabilité de l'état clinique, de la persistance d'arthralgies inflammatoires prédominant au niveau de l'articulation interphalangienne distale, avec douleurs nocturnes et tuméfactions

articulaires, et de la récurrence, depuis quelques semaines, de douleurs au niveau du pied gauche, avec impotence à la marche ;

- un rapport du 21 janvier 2025 de la Dre M._____, laquelle expliquait que la péjoration de la situation du point de vue somatique engendrait une souffrance psychique, tout en soutenant qu'aucune évolution de la capacité de travail n'était possible ; et
- un rapport du 28 avril 2025 de la Dre C._____, laquelle indiquait n'avoir constaté aucune amélioration de la situation sous Cosentyx, tout en attestant une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée limitant la station debout prolongée et le périmètre de marche, tenant compte d'une diminution de la force de préhension des mains et ne requérant pas de réaliser de gestes fins.

Dans un avis du 26 mai 2025, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet en psychiatrie et un volet en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation.

Le 24 septembre 2025, l'assurée a été examinée par les Drs E._____, spécialiste en rhumatologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans des rapports des 1^{er} et 2 octobre 2025, ces experts ont posé le diagnostic - incapacitant - de douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques (CIM-11 [11^e révision de la classification internationale des maladies] MG30.3), avec arthrose rachidienne et arthrose nodulaire des doigts (accompagnée de nodules d'Heberden sur la main dominante), et le diagnostic - non incapacitant - de trouble de l'adaptation évoluant de façon chronique vers une dysthymie (CIM-11 6B43). Selon eux, la capacité de travail de l'assurée se montait, depuis le 11 avril 2022, à 60 % dans son activité habituelle et à 70 % dans une activité adaptée « *épargnant les contraintes manuelles en terme[s] de préhension et de dextérité* ».

Dans un avis du 10 octobre 2025, le SMR a fait siennes les conclusions des experts.

Par projet de décision du 5 novembre 2025, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

Le 4 décembre 2025, l'assurée a fait part à l'OAI de ses observations quant à ce projet de décision. Elle a, en substance, contesté l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts, considérant que celle-ci « *ne correspond[ait] ni à [s]on état de santé actuel ni au suivi spécialisé qu'[elle recevait] depuis de nombreuses années au CHUV* ». A l'appui de son argumentation, elle a produit un rapport établi le même jour par le Dr L._____, lequel jugeait « *qu'un minima à 50% d'incapacité [devait] être reconnu chez [sa] patiente* ».

Dans un avis du 19 décembre 2025, le SMR a considéré que le médecin traitant de l'assurée n'avait pas apporté d'éléments médicaux nouveaux ou méconnus des experts étant à même d'influencer ou de modifier l'appréciation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Par décision du 7 janvier 2026, l'OAI a confirmé son projet de décision.

B. Le 6 février 2026, B._____, désormais représentée par Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation (*recte* : sa réforme) en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité, respectivement à une demi-rente, lui soit reconnu dès le 17 avril 2023 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a, dans l'essentiel, contesté les conclusions des Drs E._____ et F._____, objectant notamment que l'exercice d'une activité simple et répétitive à un taux de 70 % était incompatible avec les limitations fonctionnelles touchant ses mains et ses doigts. Elle a, par ailleurs, reproché à l'OAI de ne pas avoir retenu d'abattement dans le calcul de son degré d'invalidité, estimant qu'une déduction de 10 % sur son salaire d'invalidité

se justifiait, ni d'avoir tenu compte d'une baisse de rendement de 20 %
« *afin de refléter [s]a situation concrète* ».

Par réponse du 19 mars 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours
et au maintien de la décision attaquée.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, placement à l'essai, location de services, allocation d'initiation au travail, indemnité en cas d'augmentation des cotisations, et aide en capital).

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 LPG), 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).

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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). 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. a) En l'espèce, l'intimé, estimant que la situation nécessitait d'être éclaircie sur le plan médical, a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et en psychiatrie aux Drs E._____ et F._____. Ces derniers ont ainsi mis en évidence, dans leurs rapports des 1^{er} et 2 octobre 2025, le diagnostic – incapacitant – de douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques, avec arthrose rachidienne et arthrose nodulaire des doigts, et le diagnostic – non incapacitant – de trouble de l'adaptation évoluant de façon chronique vers une dysthymie, tout en estimant la capacité de travail de la recourante à 60 % dans son activité habituelle et à 70 % dans une activité adaptée d'épargne des mains dès le 11 avril 2022. L'intimé, s'appuyant sur les résultats de cette expertise, a alors refusé à l'assurée le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel, après avoir évalué son invalidité à 25 % en 2023 et 33 % à partir de 2024.

La recourante, pour sa part, a contesté l'avis de deux experts. Elle a principalement soutenu que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient d'exercer une quelconque activité adaptée au taux de 70 % retenu.

b) Cela étant, sur le plan rhumatologique, le Dr E._____ a étudié les points litigieux de manière circonstanciée. Il a, à cet égard, écarté le diagnostic de rhumatisme psoriasique *sine* psoriasis posé par la Dre C._____, expliquant, d'une part, que les douleurs alléguées restaient vagues et imprécises par leur topographie, leur rythme et leur résistance systématique aux traitements appliqués et, d'autre part, que la recourante situait ses douleurs aux mains non pas en regard des articulations

proprement dites, mais au centre de la paume. Il a, en revanche, reconnu l'existence d'une arthrose nodulaire des doigts, laquelle était surtout développée du côté dominant. Il a, de plus, relevé une discordance entre le niveau d'intensité des douleurs rapportées et le comportement affiché par l'assurée au cours de l'entretien d'investigation, précisant que cette dernière avait pu supporter de maintenir la même position durant près d'une heure, alors qu'elle avait affirmé en être incapable après quelques minutes en raison de ses cervicalgies et de ses douleurs aux fesses, et qu'elle était libre de ses mouvements, se déplaçait sans boiterie et se dévêtait sans difficultés. Son analyse s'est, en outre, fondée sur des examens complets du rachis, des articulations axiales et des membres inférieurs et supérieurs et a été établie en pleine connaissance du dossier, dont des multiples rapports des médecins traitants. Les plaintes de la recourante en lien avec ses douleurs aux mains, aux cervicales, lesquelles s'étendaient parfois dans la région lombaire, aux pieds, aux genoux et dans le bas des fesses ont, de surcroît, été prises en considération. Le Dr E. _____ a, pour finir, apprécié la situation médicale de façon claire et bien motivé ses conclusions. Il a, dans ce cadre, indiqué que seule l'arthrose nodulaire, laquelle s'était développée sur de nombreuses années, était à l'origine de limitations fonctionnelles, sous la forme d'un déficit de flexion des doigts et d'une diminution de la force de préhension. Les douleurs demeuraient plutôt à l'arrière-plan, car les déformations des doigts étaient désormais acquises. La recourante sous-évaluait ses propres capacités physiques. Pour le reste, son évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée se recoupait avec celle proposée par la Dre C. _____ dans son rapport du 28 avril 2025.

c) Du point de vue psychiatrique, le Dr F. _____ s'est, lui aussi, prononcé de manière détaillée sur les points litigieux dépendant de son domaine de compétence. Il a, à ce titre, fait état - à l'instar de la Dre M. _____ - d'un trouble de l'adaptation. Il n'a, en revanche, pas observé de trouble d'anxiété généralisée, au motif que l'anamnèse n'avait pas révélé d'attaques de panique, hormis un épisode à la suite de l'annonce du cancer de l'époux, ni de craintes particulières ou de soucis exagérés. Il a également exclu le diagnostic d'épisode dépressif tel que retenu, dans un

second temps, par la psychiatre traitante, en l'absence notamment d'anhédonie, d'une fatigue et d'une lassitude transparaissant lors et à la fin de l'entretien, d'une perte de confiance, d'un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, d'idées noires ou suicidaires, d'un ralentissement psychomoteur et de troubles cognitifs. Il a spécifié que la symptomatologie correspondait plutôt à un trouble de l'adaptation, lequel évoluait de façon chronique vers une dysthymie. Le rapport de l'expert psychiatre repose, au surplus, sur des examens psychiatriques complets, dont une analyse des aptitudes de la recourante à l'aune de la Mini CIF-APP, et a été établi en pleine connaissance du dossier, y compris des différents rapports de la Dre M._____. Il tient, par ailleurs, compte des plaintes exprimées par l'assurée, spécifiquement celles concernant ses douleurs diffuses, un certain sentiment de tristesse et une fatigue. La situation médicale a finalement été décrite et appréciée de manière claire et les conclusions relatives à la capacité de travail, laquelle était demeurée entière sur le plan psychiatrique dans toute activité depuis toujours, ont été motivées à satisfaction.

Sur ce dernier point, le Dr F._____ a procédé – conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. *supra* consid. 5e) – à une analyse des indicateurs développés à l'ATF 141 V 281. Il a ainsi exposé que la recourante ne souffrait pas d'affections psychiatriques sévères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). La prescription d'un antidépresseur, avec le choix d'une molécule ayant un effet favorable sur le seuil de perception de la douleur, était, qui plus est, indiquée, ce qui démontre qu'il subsiste encore des traitements exigibles à même d'améliorer l'état de santé de l'assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). L'expert psychiatre n'a, du reste, pas fait mention de la présence d'un trouble de la personnalité ou d'une altération des « fonctions complexes du Moi », avec en particulier les capacités d'émettre un jugement et d'initier une action conservées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). S'il a mis en évidence un retrait social partiel, il a déclaré que ce dernier s'expliquait, sans doute, par des raisons culturelles, tout en notant que la recourante conservait des contacts avec plusieurs amies (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3). Enfin, il a signalé qu'aucune limitation

fonctionnelle ne ressortait de la description de la vie quotidienne de l'assurée, laquelle assumait, à son rythme et avec l'aide d'une voisine, une partie des activités ménagères, préparait des repas simples, effectuait les courses avec son époux et se promenait régulièrement avec ce dernier, tout en étant capable de se déplacer lorsque la situation l'exigeait, par exemple pour rendre visite à sa famille en S***. L'absence d'intérêt pour les activités ludiques était également d'ordre culturel (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

d) Le rapport du 4 décembre 2025 du Dr L._____ - produit par la recourante postérieurement à la mise en œuvre de l'expertise - ne saurait remettre en cause les conclusions des Drs E._____ et F._____. Comme l'a - à juste titre - relevé le SMR dans son avis du 19 décembre suivant, ce médecin traitant s'est limité à exprimer son avis personnel concernant la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée, sans étayer les éléments médicaux sur lesquels il s'était appuyé pour s'écarter de l'appréciation des experts. Son rapport ne contient notamment aucun status clinique récent ni énumération des limitations fonctionnelles actuelles ou nouvelles.

e) Partant, au vu de ce qui précède, il sied de reconnaître une pleine valeur probante aux rapports d'expertise des Drs E._____ et F._____ et de valider leurs conclusions telles qu'elles ressortent de leur évaluation consensuelle et de leurs appréciations respectives, à savoir que la capacité de travail résiduelle de la recourante se monte - pour des raisons rhumatologiques uniquement - à 60 % dans son activité habituelle et à 70 % dans une activité adaptée d'épargne des mains, ce depuis le 11 avril 2022. Dans ces conditions, rien ne justifie de retenir une diminution de rendement supplémentaire de 20 % - telle que demandée par l'assurée dans son recours - afin de tenir compte de son état de santé.

7. a) La recourante a, au demeurant, soutenu que ses limitations fonctionnelles étaient incompatibles avec les exigences du marché de l'emploi, si bien que ses chances de se faire engager à un taux de 70 % dans une activité adaptée étaient nulles.

b) La notion de marché du travail équilibré (art. 16 LPGa) est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 et la référence).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 7 al. 1 et 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_627/2023 précité consid. 7.2 et la référence).

c) *In casu*, l'arthrose nodulaire dont souffre la recourante ne l'entrave pas dans l'usage de ses mains, mais seulement dans les activités exigeant de la préhension et de la dextérité, soit des activités requérant une certaine finesse manuelle. Force est, dès lors, de constater que le marché équilibré de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités

plus élémentaires, qui sont compatibles avec ces limitations fonctionnelles, singulièrement celles mentionnées par l'intimé, à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, au contrôle, à la surveillance d'un processus de production, ou en tant qu'ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement. D'ailleurs, ni les experts ni la rhumatologue traitante n'ont émis de réserve quant à l'aptitude de l'assurée à mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée épargnant ses mains.

8. a) Dans la mesure où la recourante est apte à exercer, à 70 %, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient encore d'évaluer son degré d'invalidité, dans le but de savoir si elle peut prétendre à une rente.

b) aa) Pour l'année 2023, il y a lieu de calculer le revenu sans invalidité à l'aune des tableaux TA1_skill-level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS), celui-ci ne pouvant pas être déterminé avec suffisamment de précision (cf. art. 26 al. 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ainsi, le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes, en 2022, dans la branche de l'hébergement et de la restauration (n° 55-56), pour des tâches simples, était de 4'025 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 42,5 heures cette année-là dans ce secteur d'activités (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), le revenu annuel sans invalidité – indexé à 2023 – se monte à 52'242 fr. 49. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, il sied également de l'estimer à l'aide de ces tableaux, en se référant au salaire que les femmes pouvaient réclamer pour des activités manuelles simples en 2022, soit 4'367 fr. par mois, l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative (cf. art. 26^{bis} al. 2 RAI). Partant, eu égard à une durée hebdomadaire de 41,7 heures et à une capacité résiduelle de travail de 70 %, ce salaire – indexé à 2023 – s'élève à 38'930 fr. 17.

La comparaison d'un revenu d'invalidé de 38'930 fr. 17 à un revenu sans invalidité de 52'242 fr. 49 aboutit à un degré d'invalidité – arrondi – de 25 %, lequel est inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente (cf. *supra* consid. 3b).

bb) Dès 2024, il appartient de reprendre les données statistiques disponibles pour cette année, c'est-à-dire 4'219 fr. pour le salaire sans invalidité et 4'521 fr. pour le salaire avec invalidité. Compte tenu d'une durée hebdomadaire de respectivement 42,4 heures et 41,7 heures, d'une capacité de travail de 70 % et d'un abattement de 10 % sur ce second revenu (cf. art. 26^{bis} al. 3 RAI [en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2024]), il résulte de la comparaison de ces montants annualisés un taux d'invalidité – arrondi – de 34 %, lui aussi insuffisant pour reconnaître le droit à une rente (cf. *supra* consid. 3b).

c) On ne saurait, pour le reste, suivre la recourante lorsqu'elle objecte que l'intimé aurait dû procéder à un abattement de 10 % sur son salaire d'invalidé. En effet, cette autorité a intégré une telle déduction pour le calcul du degré d'invalidité à partir de 2024, comme l'obligeait l'art. 26^{bis} al. 3 RAI depuis le 1^{er} janvier 2024. Elle n'a certes pas fait de même en 2023, car elle considérait que les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail suffisamment large d'activités. Quoi qu'il en soit, même si elle avait donné suite à la requête de l'assurée, le taux d'invalidité aurait été inférieur à 40 %. Par surabondance, il y a encore de rappeler que selon la jurisprudence, une déduction de 20 % à 25 % sur les données salariales de l'ESS est justifiée seulement dans l'hypothèse où la personne ne peut exercer qu'une activité mono-manuelle ou est privée de l'usage de sa main dominante (cf. TF 9C_649/2018 du 15 janvier 2019 consid. 4.4), ce qui n'est pas le cas de la recourante.

d) Au regard des précédentes considérations, il appert donc que c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée.

9. C'est également à juste titre que cette autorité n'a pas mis la recourante au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnelle, spécialement une aide au placement (art. 18 LAI) ou un reclassement (art. 17 LAI), quand bien même le degré d'invalidité était supérieur à 20 %, seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à cette seconde prestation (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3). En effet, l'assurée dispose, sur le marché du travail, de suffisamment d'activités non moins rémunérées que sa précédente d'aide de cuisine, telles que des activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger, dont l'exercice peut raisonnablement être exigé de sa part en fonction de ses limitations fonctionnelles d'épargne des mains (cf. TF 9C_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3). Elle a, en outre, déclaré ne pas vouloir reprendre d'activité professionnelle. Enfin, d'autres mesures ne sont pas non plus susceptibles d'entrer en ligne de compte, étant donné qu'elles ne sont pas de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de la recourante (cf. *supra* consid. 4), ce pour les mêmes motifs qu'exposés ci-dessus.

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 7 janvier 2026 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**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 7 janvier 2026 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 mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic (pour B. _____),
- 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 :