

## **COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

Arrêt du 13 juillet 2026

Composition :      Mme      LIVET, présidente  
                         Mmes      Di Ferro Demierre et Durussel, juges  
Greffière :      Mme Chaboudez

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à QR\*\*\*, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 et 28 LAI**

**En fait :**

**A.**            **a)** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, travaillait à plein temps comme responsable de service dans un café-restaurant lorsqu'elle a été victime, le 17 juillet 2010, d'une chute lors de laquelle elle a subi une fracture de la cheville droite, qui a été opérée le 23 juillet 2010, avec une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 20 mai 2011.

Le 31 décembre 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Il ressort des rapports d'expertise du 27 décembre 2011 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du 25 juin 2013 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, que l'assurée présentait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'arthrose sus- et sous-talienne droite après fracture trimalléolaire de la cheville droite probablement luxée, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec conflit sous-acromial de l'épaule gauche et de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome du tunnel carpien droit, de cure de tunnel carpien gauche le 13 juin 2013 et de syndrome fémoro-patellaire gauche. Les experts ont également fait état des comorbidités suivantes : appendicectomie en 1984, laparotomie pour iléus en 1985 et 1989, cure de hernie ombilicale en 2001 et 2005, conisation en 2003, hypercholestérolémie traitée.

Le 16 octobre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une réparation arthroscopique de l'épaule gauche de l'assurée.

A l'issue de son examen clinique du 3 février 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a posé

les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une discopathie L5-S1 et d'une arthrose congestive des articulations postérieures, d'arthrose acromio-claviculaire gauche et d'arthrose de la cheville droite, ainsi que les diagnostics non incapacitants de status après réparation arthroscopique du tendon sus-épineux et ténodèse du long-chef du biceps de l'épaule gauche et de chondropathie fémoro-patellaire gauche. Il a également mentionné, en plus des comorbidités déjà connues, un ulcère gastrique en 1990, une insuffisance veineuse primaire des membres inférieurs en 2009 et un accès de tachycardie par réentrée nodale.

Dans un avis du 22 février 2016, le SMR a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail dans son activité habituelle, qui avait évolué entre 50 % et 100 % dès le 17 juillet 2010, puis qui était totale dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 et qu'elle disposait, dès le 14 décembre 2010, d'une capacité de travail dans une activité adaptée qui avait oscillé entre 90 % et 100 %, en dehors des périodes ayant suivi les interventions, puis qui était de 90 % dès le 28 novembre 2013. Les limitations fonctionnelles étaient celles retenues dans l'examen clinique SMR, à savoir :

« Colonne lombaire : posture en porte-à-faux, position assise au-delà de 2 heures, position debout au-delà de 1 heure, marche au-delà de 1 heure, port de charges au-delà de 5 kg, mouvement répétitif de flexion-extension ou rotation lombaire.  
Épaule G [gauche] : activité prolongée au-dessus de l'horizontale, port de charges au-delà de 5 kg.  
Genou G : posture accroupie ou sur les genoux.  
Cheville D [droite] : marche au-delà de 1 heure, marche sur terrain irrégulier, port de charges au-delà de 10 kg. »

Dans le cadre de cette première demande, l'assurée a bénéficié d'une mesure de coaching, puis d'un stage en entreprise (rapport final REA du 7 avril 2016).

Par décision du 23 mai 2016, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée au motif qu'elle n'avait pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne sans interruption notable durant une année, suivie d'une incapacité de gain ouvrant le droit à la rente.

**b)** Par formulaire posté le 9 mai 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI. Elle a indiqué être en incapacité de travail depuis décembre 2021 en raison de multiples pathologies dans son activité de cheffe de rang, qu'elle exerçait à plein temps auprès du M.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 24 juin 2022, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et maladies infectieuses, a indiqué que l'assurée souffrait de cervicalgies qui l'empêchaient de pratiquer son métier de restauratrice. Il a retenu les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTIC

- Douleurs lombaires chroniques avec sciatalgies bilatérales sur hernie discale L5-S1 à large base plus marquée avec luxation vers le bas au niveau médian et paramédian bilatéral ainsi que pré-foraminal droit avec contact sur l'émergence de la racine S1 droite et foraminal avec conflit sur la racine L5 gauche.
- Cervico-brachialgies chroniques sur discopathie dégénérative C5-C6 et nette discarthrose C6-C7 responsables de rétrécissements des trous de conjugaison C5-C6 et C6-C7 des deux côtés. Rétrécissement particulièrement marqué en C5-C6 droit.

Comorbidités

- Diabète de type II non insulino-requérant
- Syndrome des jambes sans repos probable
- Hypercholestérolémie traitée
- Insuffisance veineuse des membres inférieurs avec :  
Sclérose échoguidée de la petite veine saphène gauche en juillet 2020  
Traitement par laser endoveineux et phlébectomie étagée au membre inférieur gauche à la face antérieure de la cuisse en 2018
- Prurit local chronique accentué par le soleil (membres supérieurs)
- Bronchite chronique avec possible composante asthmatique sur tabagisme chronique (diagnostic en juillet 2015)
- Tabagisme chronique à environ 45 UPA
- Bronchite sur tabagisme actif à 1 paquet par jour
- Hyperinflation pulmonaire et piégage gazeux sans obstruction bronchique ni trouble de la diffusion (évaluation pneumologique du 21 juin 2021)

Antécédents

- Status post décompression du nerf médian du poignet droit le 3 février 2020
- Status post arthroplastie de l'IPP [articulation interphalangienne proximale] du 5<sup>ème</sup> orteil gauche et excision d'un nodule pour un orteil en griffe et un nodule Toffu du pied gauche
- Status après tuberculose abdominale traitée par antibiothérapie en 1984
- Status après 2 épisodes de tachycardie par réentrée intranodale symptomatique en 2004

- Status post décompression du nerf médian au poignet gauche le 13 juin 2013
- Status post cure d'éventration par mise en place d'un filet de mersilene en position rétromusculaire le 30 octobre 2001
- Status post abcès vulvo-vaginal en 2000
- Status post ulcère gastrique en 1991
- Status post résection colique partielle en 1989
- Status après laparotomie médiane pour péritonite en 1985
- Status post APP [ablation de l'appendicite] en 1984
- Hémorroïdes internes de stade II et résection d'un polype sessile de 5 mm du côlon ascendant (iléo-coloscopie du 18 décembre 2020)
- Pouce à ressaut droit
- Nodule sous-cutané sur injection de Bydureon en 2020
- Status post infection à Covid19 en novembre 2020 avec pneumonie secondaire au niveau du lobe inférieur droit. »

Dans un rapport du 4 juillet 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, a précisé que la bronchite chronique sur tabagisme actif et la suspicion d'hyperréactivité bronchique à l'effort sans terrain atopique décelable étaient sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport du 23 septembre 2022, le Dr BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de cervicobrachialgie à prédominance gauche, de status post opération des tunnels carpiens bilatéraux, à gauche en 2013 et à droite en 2020, de probable syndrome des jambes sans repos et de lombosciatalgies récidivantes bilatérales. Il a mentionné, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un diabète de type II et une insuffisance veineuse des membres inférieurs. L'assurée présentait des signes d'une légère instabilité à la marche. Il a estimé que sa capacité de travail dans une activité adaptée était probablement de 50 à 60 %.

Dans un rapport du 7 septembre 2022 à l'assurance perte de gain maladie de l'assurée et un rapport du 30 septembre 2022 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a ajouté aux diagnostics déjà posés celui d'état dépressif de degré moyen (F32.1) et a précisé que le diagnostic de syndrome des jambes sans repos avait été confirmé par le Dr E.\_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient principalement en relation avec ses douleurs dans les jambes et dans les bras. Son état dépressif rendait difficiles les contacts avec la clientèle et avait un impact sur sa capacité de

concentration. Son incapacité de travail était totale en toute activité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2021.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 28 octobre 2022 à l'assurance perte de gain maladie de l'assurée, que la situation somato-psychique était intriquée.

Dans un avis du 28 février 2023, le SMR a sollicité davantage d'informations sur l'atteinte psychiatrique.

Par rapport du 14 mars 2023 adressé à l'assureur perte de gain maladie de l'assurée, le psychologue et psychothérapeute BC.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) en lien avec les douleurs et les difficultés sur le plan somatique. Dans un nouveau rapport, établi le 25 juillet 2023 à l'intention de l'OAI, il a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0) et n'a indiqué aucune limitation fonctionnelle.

Dans un rapport du 15 décembre 2023, le Dr N.\_\_\_\_\_ a mentionné que le diagnostic d'épisode dépressif de degré moyen avait été posé le 7 septembre 2022. L'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 30 % du 7 novembre 2022 au 31 août 2023, puis à nouveau dès le 1<sup>er</sup> novembre 2023, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un avis du 23 janvier 2024, le SMR a constaté que les douleurs des membres inférieurs bilatérales associées à des lombalgies et une hernie discale avaient déjà été prises en compte lors de la première demande de prestations, que le Dr BB.\_\_\_\_\_ apportait peu d'arguments bio-médicaux pour fonder son appréciation d'une capacité de travail entre 50 % et 60 % pour des troubles de l'équilibre et que le diagnostic d'épisode dépressif moyen n'était pas suffisamment étayé pour pouvoir être retenu. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, neurologique et rhumatologie.

Cette expertise a été attribuée à BD.\_\_\_\_ SA et confiée aux Dr BF.\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, J.\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, U.\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et BG.\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Par courrier daté du 5 janvier 2024, réceptionné par l'OAI le 8 février 2024, l'assurée a indiqué qu'elle souffrait d'un diabète mal contrôlé et, dans les suites de son accident à la cheville, de douleurs sous forme de décharges électriques lorsqu'elle restait debout durant plusieurs heures. Elle a demandé à être également examinée par un diabétologue et un médecin chirurgien spécialisé pour les membres inférieurs.

Dans un courrier du 12 février 2024, adressé en copie à BD.\_\_\_\_ SA, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il transmettait sa demande aux experts en les priant de prendre position quant à la nécessité ou non de mettre en place les volets d'expertise requis.

Dans leur rapport du 2 mai 2024, les experts ont pris les conclusions suivantes :

**« 4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations**

- ☐ Status post-fracture trimalléolaire de la cheville droite de type Weber B, ostéosynthésée le 23 juillet 2010 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse le 20 mai 2011, évolution secondaire vers une atteinte dégénérative arthrosique tibio-astragalienne et sous-astragalienne postérieure
- ☐ Syndrome bilatéral du tunnel carpien, opéré à gauche le 13 juin 2013 avec kyste arthrosynovial du poignet associé et le 3 février 2020 à droite, G56.0
- ☐ Status post arthroscopie de l'épaule gauche le 16 octobre 2013 avec tendinopathie du susépineux et ténodèse du long chef du biceps, tendinopathie chronique de l'épaule gauche, M75.1
- ☐ Gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne droite, M17.0
- ☐ Cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative, M54.5, avec cervico-brachialgie droite
- ☐ Lombalgies mécaniques sur atteinte dégénérative, M54.9
- ☐ Arthrose digitale, M19.0
- ☐ Polyneuropathie sensitivo-motrice longueur-dépendante avec possible atteinte dysautonomique surajoutée (vertiges de type orthostatique et symptômes digestifs suspects d'une atteinte dysautonomique), G63.2
- ☐ Trouble[s] mentaux et du comportements liés à l'alcool, utilisation nocive pour la santé, F10.1

- ☐ Trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger, avec syndrome somatique, F33.01
- ☐ Obésité exogène, E66
- ☐ Diabète de type 2, E11
- ☐ Syndrome d'apnée du sommeil traité par CPAP [pression positive continue], G47.3
- ☐ Hypotension artérielle traitée, I95.0
- ☐ Bronchite chronique avec hyperréactivité bronchique, J44
- ☐ Status après TVP [thrombose veineuse profonde] avec opération de varices à deux reprises
- ☐ Status après éventration et cure de hernie ombilicale en 2001
- ☐ Status après laparotomie et résection colique partielle en 1989 suite à une occlusion intestinale
- ☐ Status après appendicectomie et péritonite en 1984 et 1985
- ☐ Prothèses mammaires bilatérales

Les limitations fonctionnelles rhumatologiques sont : nécessité d'une activité à prédominance sédentaire, permettant d'alterner les stations assise et debout. Absence de contraintes posturales rachidiennes tant au niveau cervical en limitant les rotations et l'hyperextension, qu'en lombaire sans mouvement de porte à faux du buste, en antéflexions ou en rotations répétées. Absence d'efforts de soulèvement au-delà de 5 kg depuis le sol. Absence de mouvements répétitifs au-delà de l'horizontale pour l'épaule gauche. Absence de station accroupie ou à genoux, pas d'usage d'échelles ou d'escabeaux, ni de montée descente régulière des escaliers, pas de marche sur terrains irréguliers ou de station debout prolongée. Absence d'usage d'outils vibrants, de manutention répétée. Nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique.

Les limitations fonctionnelles en neurologie sont : pas de station assise ou debout prolongée. Pas de port de charges en même temps que les déplacements. Éviter la faible luminosité.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle en médecine interne et en psychiatrie.

[...]

#### **4.6. Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

En rhumatologie, la capacité de travail est de 0 % depuis le 17 juillet 2010 car l'activité habituelle ne respecte pas les limitations fonctionnelles.

En neurologie, la capacité de travail est de 100 % depuis toujours jusqu'à 2021, puis elle a été de 0 % car l'activité habituelle ne respecte pas les limitations fonctionnelles neurologique.

Elle est de 100 % depuis toujours concernant la psychiatrie.

Elle est de 100 % depuis toujours concernant la médecine interne.

De façon consensuelle, elle est de 0 % depuis le 17 juillet 2010.

#### **4.7. Capacité ou incapacité de travail dans une activité adaptée**

La capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles rhumatologiques était de 90 % du 17 juillet 2010 jusqu'en décembre 2021 avec un taux d'activité de 100 % et une perte de rendement de 10 %. Elle a été de 85 % de décembre 2021

jusqu'à mai 2022 avec une augmentation de la perte de rendement de 15 %. Elle est de 80 % depuis mai 2022 en raison d'une baisse de rendement de 20 %.

En neurologie, il existe une baisse de rendement de 30 % sur un taux d'activité de 100 % en raison de pauses régulières nécessaires. Ainsi, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 70 %.

Concernant la psychiatrie, elle est de 100 % depuis toujours.

Concernant la médecine interne, elle est de 100 % depuis toujours.

De façon consensuelle, elle est de 100 % depuis toujours, jusqu'au 17 juillet 2010, puis elle est de 90 % du 17 juillet 2010 jusqu'en novembre 2021. Depuis décembre 2021, elle est de 70 % (plein temps avec une baisse de rendement de 30 %). »

Dans un rapport d'examen du 12 juin 2024, le SMR a estimé que les experts avaient rendu un rapport convaincant et qu'il convenait de suivre leurs avis.

Dans un rapport final du 26 septembre 2024, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a fait état de l'entretien qu'il avait eu avec l'assurée le 18 septembre 2024, lors duquel elle lui avait signifié qu'elle n'était pas dans un processus de reprise d'une activité adaptée et qu'elle n'était pas d'accord avec les conclusions du SMR. Il a estimé que, dans ces conditions et tenant compte de la mesure déjà mise en place lors de la première demande de prestations, seule une activité simple et répétitive en industrie légère était possible et qu'il n'y avait pas de mesures d'ordre professionnel qui pourrait réduire le préjudice économique.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> octobre 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente de 35 % d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2022 (degré d'invalidité de 44 %), puis une rente de 47,5 % d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024 (degré d'invalidité de 49 %).

L'assurée a présenté ses objections par courrier du 18 octobre 2024. Elle a allégué qu'elle présentait des troubles de mémoire qui allaient être investigués, qu'elle avait de l'arthrose au niveau de la cheville et du dos, qui la faisait souffrir, et qu'elle présentait une anxiété constante, un manque de confiance en elle, des troubles du sommeil et une fatigue permanente, pour lesquels elle était suivie par le psychologue BC.\_\_\_\_\_.

L'assurée a complété ses objections par courrier de son mandataire du 27 novembre 2024. Elle a fait valoir qu'une activité professionnelle n'était pas encore exigible et que le projet d'octroi de rente était prématuré puisqu'il ressortait de son dossier que son aptitude à la réadaptation devrait revêtir la forme d'une mesure de réinsertion qui vise à la mobiliser dans le but de reconstruire une capacité de travail de 8 heures par semaine sans obligation de rendement au début, avec l'objectif de l'augmenter progressivement jusqu'à obtenir une capacité de travail d'au moins 50 %. Elle a reproché aux experts de ne pas s'être prononcés sur la question de son diabète et de sa cheville droite, notamment en n'ayant pas étudié l'impact de l'arthrose sur l'exercice d'une activité de substitution.

Dans un rapport du 29 novembre 2024, le psychologue BC. \_\_\_\_\_ a mentionné que les aspects psychologiques limitaient grandement la capacité de l'assurée à effectuer son travail, même à temps partiel, et que des examens allaient être effectués au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) en lien avec d'éventuels troubles de la mémoire. Il a fait état d'une perte de certaines capacités cognitives, d'une anxiété généralisée causée par des situations impliquant du stress, même dans des tâches « anodines », ainsi que de certaines réactions caractérisées par une attitude impulsive. L'assurée éprouvait des difficultés dans l'exercice de son activité de sommelière pour retenir ou noter les commandes et s'adapter aux nouveaux outils de paiement et le contact avec les clients était source de stress et d'anxiété. Elle agissait de manière impulsive et agressive envers ses collègues, perdant très vite patience.

L'assurée a encore complété ses objections au projet de décision par courrier de son mandataire du 16 décembre 2024. Elle a estimé que l'instruction avait été insuffisante sur l'atteinte diabétique, le syndrome des jambes sans repos, les effets orthopédiques de ses atteintes au dos, aux genoux et à la cheville, sa situation psychologique, ainsi que sur les effets des vertiges sur sa capacité de travail et les troubles de la mémoire et cognitifs qui devaient encore être investigués par le CHUV. Elle a fait valoir que son besoin de pouvoir se lever régulièrement et de faire quelques

pas pour atténuer ses douleurs n'était guère compatible avec une activité exigeant un certain rendement.

Dans un avis du 24 décembre 2024, le SMR a considéré que les éléments médicaux versés au dossier lors de la procédure d'audition n'apportaient pas d'éléments nouveaux ou qui n'auraient pas été pris en compte en cours d'instruction.

Par courrier du 7 janvier 2025, faisant partie intégrante de la décision à venir, l'OAI a fait savoir à l'assurée, sur la base de l'avis du SMR précité, que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de son projet de décision.

Par décisions des 12 février et 12 mars 2025, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente s'élevant à 35 % d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 44 %) à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2022, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, puis une rente s'élevant à 47,5 % d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 49 %) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024. Il a retenu qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, son activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'elle disposait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Il a calculé son degré d'invalidité en comparant le revenu qu'elle aurait obtenu dans son activité habituelle en 2022, soit 68'106 fr. 82, avec un revenu d'invalidé de 38'236 fr. 69, calculé sur la base des données salariales statistiques pour une activité non qualifiée du domaine de la production et des services exercée à 70 %, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 43,86 %. Compte tenu de l'application automatique d'une déduction de 10 % sur le revenu d'invalidité calculé sur une base statistique dès 2024, l'OAI a refait un calcul en indexant les revenus précités jusqu'en 2024 et en appliquant l'abattement prévu, comparant ainsi un revenu sans invalidité de 69'200 fr. 89 avec un revenu d'invalidé de 34'965 fr. 84, ce qui donnait un taux d'invalidité de 49,47 %.

**B.** Par acte de son mandataire du 17 mars 2025, B.\_\_\_\_\_ a recouru contre ces décisions auprès de la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal, concluant à leur réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2022. Elle a indiqué qu'elle ne contestait pas les revenus sans invalidité retenus, mais estimait qu'il serait très difficile, sinon impossible pour elle de travailler dans une activité hypothétique de substitution, si bien que son degré d'invalidité était d'au moins 70 % et lui donnait droit à une rente entière. Elle a reproché à l'OAI un défaut de motivation dans la mesure où il n'était pas entré en matière sur les arguments présentés dans la phase d'audition. Elle a estimé que le calcul du degré d'invalidité pour l'année 2024 tenait compte d'un horaire de travail de 100 %, ce qui n'était pas exigible, non seulement en raison de ses affections, mais également de la nécessité de nombreuses absences pour ses multiples rendez-vous médicaux, qui l'empêchaient d'exercer une quelconque activité. Elle s'est prévalu des rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ et du psychologue BC. \_\_\_\_\_, lesquels contredisaient l'expertise du BD. \_\_\_\_\_, qui était en outre incomplète, faute de contenir un volet de diabétologie et un volet orthopédique des membres inférieurs. Elle a souligné que les revenus tirés du travail qu'elle effectuait encore au M. \_\_\_\_\_, appartenant à son fils, étaient un salaire social et qu'elle y rendait de petits services sans exigence de rendement, produisant une attestation à cet égard. Elle était d'avis, comme l'avait relevé le service de réadaptation de l'OAI, que des mesures de réadaptation étaient nécessaires.

Dans sa réponse du 16 mai 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant aux avis du SMR des 12 juin et 24 décembre 2024, ainsi qu'au rapport final du spécialiste en professions du 26 septembre 2024 et aux fiches de calcul du degré d'invalidité.

Par réplique du 5 juin 2025, l'assurée a reproché à l'OAI de ne pas avoir répondu à ses arguments. Elle a rappelé qu'elle était âgée de plus de 55 ans, à savoir la limite jusqu'à laquelle une réadaptation par soi-même pouvait encore être exigible et qu'elle ne pouvait pas exercer une activité nécessitant une manutention répétée et le maintien de la position assise, alors qu'il s'agissait de caractéristiques typiques d'une activité en usine.

## **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 une rente d'invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2022, en lieu et place de la rente de 35 % qui lui a été octroyée dès cette date, suivie d'une rente de 47,5 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Il est relevé à toutes fins utiles que l'OAI a rendu deux décisions sur le droit à la rente de la recourante, la première le 12 février 2025 lui accordant un droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2025, et la seconde le 12 mars 2025, statuant sur le droit à la rente rétroactif depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2022. Le recours est dirigé contre les deux décisions et l'ensemble de la période litigieuse va être examiné.

**3. a)** Il convient d'examiner, dans un premier temps, le grief formel invoqué par la recourante, qui reproche à l'OAI de ne pas être entré en matière sur les arguments soulevés lors de la procédure d'audition et se prévaut dès lors d'un défaut de motivation.

**b)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**c)** En l'espèce, il faut constater que la motivation des décisions litigieuses expose de manière détaillée les éléments médicaux et économiques sur lesquels l'OAI s'est fondé pour statuer. Il faut également relever que l'OAI, dans son courrier du 7 janvier 2025 faisant partie intégrante de la décision, se positionne sur les différents griefs médicaux soulevés par la recourante en renvoyant à l'avis du SMR, qui répond aux objections de l'assurée et se prononce sur le rapport médical produit à l'appui de la contestation. Finalement, si l'OAI ne s'est pas déterminé explicitement sur le grief de la recourante selon lequel la mise en œuvre de

mesures de réadaptation rendait l'octroi d'une rente prématuré, l'on comprend des décisions rendues que l'intimé n'était pas de cet avis. On peut également mentionner à cet égard que ce grief, soulevé dans le courrier du 27 novembre 2024, n'apparaît guère compatible avec la demande explicite de la recourante, dans son courrier du 16 décembre 2024, que l'OAI émette la décision d'octroi de rente.

La motivation des décisions attaquées permettait par conséquent à la recourante de comprendre les éléments sur lesquels l'OAI s'était basé et de les contester en connaissance de cause.

**4. 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** Il convient d'appliquer le nouveau droit en l'occurrence, puisque le droit à la rente de la recourante a été ouvert dès le 1<sup>er</sup> décembre 2022.

**5. a)** 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, les quotités de la rente sont les suivantes lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 % :

| Taux d'invalidité | Quotité de la rente |
|-------------------|---------------------|
| 49 %              | 47,5 %              |
| 48 %              | 45 %                |
| 47 %              | 42,5 %              |
| 46 %              | 40 %                |
| 45 %              | 37,5 %              |
| 44 %              | 35 %                |
| 43 %              | 32,5 %              |
| 42 %              | 30 %                |
| 41 %              | 27,5 %              |
| 40 %              | 25 %                |

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).

**b)** 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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**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 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\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

**e)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**f)** 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 citées). 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'OAI a admis qu'un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit depuis la décision de refus de rente du 23 mai 2016 (cf. à ce sujet, art. 87 RAI et 17 al. 1 LPGA ; ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2) et que l'assurée a désormais droit à une rente d'invalidité, fixée à 35 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2022, puis à 47,5 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

L'intimé s'est à cet égard fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 2 mai 2024 réalisée par BD. \_\_\_\_\_ SA et a estimé que la recourante disposait, à l'échéance du délai d'attente d'une année, à savoir dès le 1<sup>er</sup> décembre 2022, d'une incapacité totale de travail dans son activité habituelle et d'une capacité de travail de 70 % (100 % avec diminution de rendement de 30 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sédentaire, permettant d'alterner les stations assise et debout, de limiter les rotations, flexions et extensions cervicales et lombaires, évitant les porte-à-faux, les charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs au-delà de l'horizontale pour l'épaule gauche, la station accroupie ou à genoux, les échelles/escabeaux/escaliers, sans marche en terrains irréguliers ni station debout prolongée, sans utilisation d'outils vibrants, ni manutention répétée, avec une répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique et évitant la faible luminosité.

Quant à la recourante, elle remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante de l'expertise, contestant l'appréciation de sa capacité de travail.

**b)** A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle et psychosociale), l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations et examens de laboratoire notamment). Elle prend, par ailleurs, en compte les plaintes de l'expertisée que les experts ont confrontées avec leurs constatations objectives. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, la gravité des troubles retenus ainsi que la cohérence. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions prises sont le fruit d'une analyse

pluridisciplinaire réalisée par les quatre experts et sont bien motivées (cf. consid. 5c *supra*).

**c)** Sur le plan matériel, les experts ont posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, en se référant par ailleurs à un système de classification reconnu, à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Ils se sont en outre prononcés sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante de manière motivée et convaincante.

**aa)** En ce qui concerne la médecine interne, le Dr BF.\_\_\_\_\_ a constaté l'existence d'une obésité exogène, d'un diabète de type 2, d'un syndrome d'apnée du sommeil traité par pression positive continue (CPAP), d'une hypotension artérielle traitée, d'une bronchite chronique avec hyperréactivité bronchique, d'un status après thrombose veineuse profonde avec opération de varices à deux reprises, d'un status après éviscération et cure de hernie ombilicale en 2001, d'un status après laparotomie et résection colique partielle en 1989 à la suite d'une occlusion intestinale et d'un status après appendicectomie et péritonite en 1984 et 1985. Certaines de ces affections sont anciennes et étaient déjà connues lors de la précédente demande de prestations de l'assurée. Toutes ces pathologies sont jugées non incapacitantes par l'expert de médecine interne, ce qui n'est d'ailleurs pas remis en question par les médecins traitants. Dans son rapport du 30 septembre 2022 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionne en effet ces atteintes en tant que comorbidités et antécédents et ne les liste pas parmi les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail sous le chiffre 2.5 de son rapport, en référence à la numérotation des rapports médicaux de l'OAI. De son côté, le Dr P.\_\_\_\_\_ a également précisé que les atteintes bronchiques étaient sans incidence sur la capacité de travail dans son rapport du 4 juillet 2022.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le Dr U.\_\_\_\_\_ a retenu l'existence de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) et d'un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (F33.01). Il a procédé à

une évaluation de l'addiction à l'alcool selon la classification de la DSM-5 et arrive à la conclusion qu'il s'agit d'une addiction légère (expertise p. 12). S'agissant de l'épisode dépressif, il le justifie par la présence d'une humeur triste, sans idées suicidaires ni éléments psychotiques associés. Il retrouve un léger ralentissement psychomoteur, une baisse de l'estime de soi, une perte d'intérêt, une baisse d'appétit, quelques troubles du sommeil et une baisse de libido. Il motive le caractère récurrent du trouble par le fait qu'il pense que la recourante présentait déjà un épisode dépressif, probablement léger, lorsqu'elle s'était plainte, lors d'un entretien du 7 décembre 2010, de ne pas avoir le moral, de se sentir souvent angoissée et d'avoir peur de ne pas se rétablir (expertise pp. 13-14). L'appréciation du Dr U. \_\_\_\_\_ quant au critère de gravité de l'épisode dépressif, qu'il qualifie de léger sur la base d'un examen clinique complet et détaillé, doit l'emporter sur celle du Dr N. \_\_\_\_\_ qui, par ailleurs, n'est pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie. Quant au psychologue BC. \_\_\_\_\_, il a d'abord fait état d'un épisode dépressif de degré moyen dans son rapport du 14 mars 2023, puis d'un degré léger dans celui du 25 juillet 2023, et n'a finalement mentionné aucun diagnostic dans celui du 29 novembre 2024.

Le Dr U. \_\_\_\_\_ a procédé à l'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques au regard des critères dégagés à cet effet par la jurisprudence. Par rapport au degré de gravité de l'atteinte, il a relevé l'absence de troubles cognitifs majeurs, ainsi que de fatigue ou de fatigabilité majeure. Il a tenu compte du traitement entrepris, relevant que la recourante continuait de prendre un antidépresseur, mais qu'elle avait arrêté son suivi psychothérapeutique car elle n'en voyait pas l'intérêt. Il a constaté une absence de trouble de la personnalité, s'est prononcé sur la cohérence et la plausibilité, et a procédé à une évaluation des ressources et difficultés au travers de l'examen de la mini-CIF-App. Sur la base de l'ensemble de ces éléments, il a conclu que l'examen des indicateurs ne permettait pas de retenir de diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail (expertise p. 15).

**cc)** Au niveau neurologique, la Dre J. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de polyneuropathie sensitivo-motrice longueur-dépendante avec

possible atteinte dysautonomique surajoutée (vertiges de type orthostatique et symptômes digestifs suspects d'une atteinte dysautonomique) qui, jusque-là, avait été évoqué par les médecins traitants sans être retenu (cf. rapports du Dr BB.\_\_\_\_\_ du 11 avril 2022 et du Dr N.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2022). Elle explique que cette atteinte constitue une complication neurologique du diabète de type 2 présenté par la recourante et qu'une composante toxico-carentielle est possible, mais peu probable. Cette polyneuropathie entraîne des troubles du sommeil, ainsi qu'un possible syndrome des jambes sans repos. Au niveau des limitations fonctionnelles, la Dre J.\_\_\_\_\_ cite une diminution des capacités d'équilibre, en particulier en cas de faible luminosité, dans des terrains accidentés ou en pente, ou pouvant être glissants, une fatigue pathologique secondaire à la détérioration du sommeil par les douleurs neuropathiques et le possible syndrome des jambes sans repos, impliquant un besoin de périodes de repos plus longues et plus fréquentes, ainsi qu'un risque de chute en cas de poste de travail nécessitant de se lever rapidement ou de rester debout immobile de manière prolongée. Elle estime que cette atteinte entraîne une diminution de la capacité de travail de 30 % depuis décembre 2021, date à laquelle la recourante a commencé à présenter des paresthésies, un endormissement et des douleurs des deux pieds.

L'experte neurologue pose en outre le diagnostic de status après cure de tunnel carpien droit et gauche, qu'elle ne considère pas comme incapacitant sur le plan neurologique.

L'appréciation de l'experte neurologue n'est pas remise en question par les rapports des médecins traitants, mais s'inscrit au contraire dans la suite de leurs avis, étant donné qu'ils avaient envisagé l'existence d'une polyneuropathie. Quant à son évaluation de la capacité de travail, elle est présentée de manière cohérente et convaincante.

**dd)** Sur le plan rhumatologique, la Dre BG.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status post-fracture trimalléolaire de la cheville droite, avec une évolution secondaire vers une atteinte dégénérative arthrosique tibio-astragalienn e et sous-astragalienn e postérieure, un status post

arthroscopie de l'épaule gauche avec tendinopathie du sus-épineux et ténodèse du long chef du biceps, de tendinopathie chronique de l'épaule gauche, de gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne droite, de cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative avec cervico-brachialgie droite, de lombalgies mécaniques sur atteinte dégénérative, d'arthrose digitale et, à l'instar de la Dre J.\_\_\_\_\_, de syndrome bilatéral du tunnel carpien.

Elle a reconnu que l'atteinte à la cheville était responsable de douleurs mécaniques intermittentes avec un œdème périmalléolaire externe et une limitation des mobilités en flexion/extension et éversion/inversion. Elle a estimé que le terrain dégénératif polyarthrosique présenté par la recourante, associant un status post fracture malléolaire de la cheville droite, une tendinopathie du sus-épineux opérée à gauche, un status post tunnel carpien opéré bilatéralement avec une arthrose digitale débutante, une gonarthrose bilatérale et une atteinte dégénérative rachidienne cervicale et lombaire documentée justifient des limitations fonctionnelles rhumatologiques et rendent nulle la capacité de travail dans le service en restauration. Elle a considéré que, dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été de 90 % jusqu'en décembre 2021, à savoir un taux d'activité de 100 % avec 10 % de perte de rendement en raison de l'intensité des douleurs, puis de 85 % dès décembre 2021 compte tenu de la cervicarthrose associée alors mise en évidence et de 80 % dès mai 2022 compte tenu d'une péjoration des douleurs à la date de l'IRM lombaire, qui avait mis en évidence une protrusion discale L5-S1 plus marquée que sur le comparatif de 2015, et conflictuelle sur S1 et L5 gauche, ce qui n'était pas mentionné précédemment. La Dre BG.\_\_\_\_\_ recommandait de réévaluer le traitement médical, de reprendre des séances de physiothérapie d'antalgie et surtout de mobilisations en vue d'un reconditionnement progressif et d'une réassurance, de procéder à des infiltrations rachidiennes et des genoux, de continuer à porter une ceinture de soutien lombaire, et de discuter le port d'une genouillère, d'une chevillière et de semelles orthopédiques. Elle estimait que ces mesures pourraient permettre de réduire une partie de la perte de rendement dans l'activité adaptée.

Il faut constater que la plupart des atteintes précitées étaient déjà présentes lors de la précédente demande de prestations de la recourante, mais qu'elles se sont globalement aggravées, comme la Dre BG.\_\_\_\_\_ l'expose clairement en se référant aux imageries réalisées. Son évaluation de la capacité de travail s'inscrit en cohérence avec celle déjà effectuée par le passé par le Dr G.\_\_\_\_\_, qui retenait déjà une diminution de rendement de 10 % en rapport avec l'atteinte de la colonne lombaire, de l'épaule gauche et de la cheville droite. L'experte rhumatologue conclut de manière convaincante à une augmentation progressive de cette diminution de rendement. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, elles sont en grande partie analogues à celles précédemment posées par le Dr G.\_\_\_\_\_ et ne sont pas contredites par les rapports au dossier.

**d)** La recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir donné suite à sa requête tendant à ce que l'expertise comporte des volets diabétologique et de chirurgie spécialisée pour les membres inférieurs. Il convient de rappeler que, par courrier du 12 février 2024, l'OAI a transmis aux experts de BD.\_\_\_\_\_ SA la demande de la recourante afin qu'ils examinent la nécessité de mettre en place ces volets d'expertise complémentaires. Il apparaît que les experts n'ont pas jugé nécessaire que tel soit le cas. Il ressort en effet du rapport d'expertise qu'ils se sont eux-mêmes prononcés de manière convaincante tant sur le diabète de la recourante que sur les atteintes qu'elle présente aux membres inférieurs. On peut à cet égard renvoyer à l'avis du 24 décembre 2024 SMR qui cite les passages en question :

« A l'évaluation interdisciplinaire, les experts se prononcent sur le diabète de type II qui est équilibré. Les complications du diabète ont été recherchées (page 19, 22,23/66) ainsi, cette atteinte n'est pas durablement incapacitante (page 24/66). La polyneuropathie (une complication du diabète) a également été prise en compte (page 4/66). La recommandation concernant le traitement du diabète est à visée prospective pour éviter une aggravation de la polyneuropathie (page 7/66).

Les experts se sont prononcés sur les jambes sans repos, et qu'il est possible que cela se surajoute à la capacité de récupération du sommeil (pages 30-31/66). Il est donc inexact d'alléguer qu'ils ne se sont pas penchés sur cette atteinte.

Les limitations fonctionnelles indiquent une épargne des genoux (page 6/66). Ils ont également exploré les plaintes et examiné les

genoux (pages 18, 35, 36, 42-45/66). Il est donc inexact de dire que les experts ne se sont pas penchés sur cette question. Les experts se sont prononcés sur l'atteinte à la cheville tant en récoltant les plaintes qu'en examinant l'articulation (pages 3-4, 18, 20, 22, 29-31, 35, 37, 41 etc.../66). Il est donc inexact de dire que les experts ne se sont pas penchés sur cette question. »

**e)** Pour le surplus, la recourante ne présente pas de véritable critique de l'expertise. Pour l'essentiel, son acte de recours consiste à reprendre des passages de différents rapports médicaux de ses médecins traitants antérieurs à l'expertise (rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ des 24 juin, 7 et 30 septembre et 5 octobre 2022 et 15 décembre 2023, rapports du psychologue BC. \_\_\_\_\_ des 14 mars et 26 juillet 2023), sans toutefois en tirer aucun argument. Il convient de rappeler que les experts ont eu connaissance de ces rapports (cf. p. 61, nos 84, 86, 89, 91, 97 et 98 du rapport d'expertise) et qu'ils retiennent par ailleurs des diagnostics qui sont, pour l'essentiel, superposables à ceux retenus par les médecins traitants. L'appréciation de la capacité de travail effectuée par les experts est en outre pleinement motivée et convaincante, si bien qu'elle ne saurait être remise en question par les rapports des médecins traitants.

Le rapport du psychologue BC. \_\_\_\_\_ établi le 29 novembre 2024, postérieurement à l'expertise, n'apporte quant à lui pas d'éléments nouveaux, comme constaté par le SMR dans son avis du 24 décembre 2024, qui relève que les experts ont bien investigué de manière détaillée les troubles anxieux et dépressifs. On peut noter à cet égard que l'expert psychiatre n'a pas retrouvé de troubles cognitifs majeurs (expertise pp. 12 et 13), ni d'anxiété généralisée en l'absence d'une anxiété constante (expertise p. 13) et n'a observé qu'une légère irritabilité (expertise p. 12) dont les experts ont tenu compte en lien avec l'évaluation globale de la capacité de travail (expertise p. 6). Les troubles de la mémoire dont se plaint la recourante étaient par ailleurs qualifiés de subjectifs par le Dr N. \_\_\_\_\_ (rapport du 7 septembre 2022) et aucun nouveau document n'a été produit à ce sujet, malgré les investigations qui auraient été effectuées au CHUV.

**f)** L'OAI était par conséquent légitimé à se fonder sur les conclusions du rapport d'expertise de BD. \_\_\_\_\_ SA, auquel une pleine valeur probante peut être reconnue.

**7. a)** 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 a fixé les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables aux art. 25ss RAI (art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI).

**b)** Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGa) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex : TF 8C\_659/2022 & 8C\_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références citées).

**c)** Si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGa) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 26<sup>bis</sup> al. 1 RAI). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**d)** Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une

activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26<sup>bis</sup> al. 1 et 2 RAI).

**aa)** Selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales).

**bb)** Selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

**e)** 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).

**8. a)** En l'occurrence, la recourante précise qu'elle ne conteste pas les revenus sans invalidité retenus, lesquels ne prêtent effectivement pas le flanc à la critique. En ce qui concerne les revenus d'invalide, la recourante soutient qu'elle serait encore présente dans le café de son fils, mais qu'il ne lui verserait qu'un « salaire social » et qu'elle n'aurait aucune exigence de

rendement. On ne distingue toutefois pas ce que la recourante entend tirer de cette information, dans la mesure où l'intimé a fixé le salaire avec invalidité en se fondant sur l'ESS et non pas en tenant compte de l'activité que la recourante continue à exercer au M.\_\_\_\_\_, qui n'est d'ailleurs plus exigible médicalement.

Dans son recours, l'assurée estime que le calcul du degré d'invalidité pour l'année 2024 tient compte d'un horaire de travail de 100 %, ce qui n'est pas exigible, non seulement en raison de ses affections, mais également de la nécessité de nombreuses absences pour ses multiples rendez-vous médicaux. Contrairement à ce qu'elle avance, il faut constater que l'OAI a bel et bien tenu compte d'une activité exercée à 70 %, respectivement d'un horaire de 100 % avec 30 % de diminution de rendement, pour calculer le revenu d'invalidé pour l'année 2024, comme cela ressort d'ailleurs explicitement de la feuille de calcul du salaire exigible du 26 septembre 2024.

**b)** La recourante soutient qu'au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de ses divers rendez-vous médicaux, aucun employeur n'est susceptible de l'engager. Ses limitations fonctionnelles (à savoir une activité sédentaire, permettant d'alterner les stations assise et debout, de limiter les rotations, flexions et extensions cervicales et lombaires, évitant les porte-à-faux, les charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs au-delà de l'horizontale pour l'épaule gauche, la station accroupie ou à genoux, les échelles/escabeaux/ escaliers, sans marche en terrains irréguliers ni station debout prolongée, sans utilisation d'outils vibrants, ni manutention répétée, avec une répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique et évitant la faible luminosité) ne rendent pas l'exercice de toute activité illusoire. Il convient au contraire d'admettre que le marché du travail est suffisamment diversifié et offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre est adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière, notamment dans la production industrielle légère, comme le relève le spécialiste en réinsertion professionnelle, dans le rapport final REA du 26 septembre 2024. Celui-ci

cite d'ailleurs en exemple des activités telles que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ainsi qu'une activité d'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères. Notons encore que la notion de marché du travail équilibré au sens des art. 7 al. 1 et 16 LPGa est une notion théorique et abstraite. Elle ne se rapporte pas aux postes de travail réels, mais aux places de travail exigibles au regard de la situation concrète de la personne assurée, lesquelles sont indépendantes des circonstances conjoncturelles (cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n° 21 ss ad art. 7).

**c)** Pour le reste, la recourante n'apporte pas d'autre critique aux calculs du degré d'invalidité faits par l'OAI qui, contrôlés d'office, peuvent en effet être confirmés. C'est par ailleurs à juste titre que l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité pour 2024, compte tenu de l'entrée en vigueur, au 1<sup>er</sup> janvier 2024, de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI, lequel prévoit qu'une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique pour le revenu d'invalidité. Le degré d'invalidité de la recourante s'élève ainsi à 44 % en 2022 et à 49 % en 2024.

**9.           a)** 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).

**b)** Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan

subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 et références citées).

**c)** Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (ATF 148 V 321 consid. 7.1.2 ; TF 9C\_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 7.2 et les références citées). Cette jurisprudence est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5.1 et 5.4 ; TF 9C\_291/2023 ibidem et les références citées). L'examen – et, cas échéant, l'exécution – des éventuelles mesures constituent alors une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (ATF 148 V 321 consid. 7.1.3 ; TF 9C\_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 et les références citées).

**10. a)** En l'occurrence, la recourante prétend qu'il était prématuré de statuer sur son taux d'invalidité dans la mesure où l'OAI admettrait qu'il faudrait préalablement tenter une réadaptation « dans le but de reconstruire une capacité de travail de 8 heures par semaine sans obligation de rendement au début, avec l'objectif d'augmenter progressivement jusqu'à obtenir une capacité de travail d'au moins 50 % », se fondant sur la feuille de calcul du degré d'invalidité pour 2024. Cette mention figure dans plusieurs documents du dossier de l'intimé, notamment dans le « mandat SMR » du 6 décembre 2024, le rapport d'examen SMR du

12 juin 2024, le « mandat REA » établi le 14 juin 2024, ainsi que dans les deux fiches de calcul du degré d'invalidité 2022 et 2024. Même s'il est vrai que les documents de l'OAI sont quelque peu équivoques dans leur présentation, cette mention ne constitue toutefois pas une appréciation faite en lien avec la recourante, mais il s'agit uniquement de la définition générale de ce qu'est une mesure de réinsertion, plus spécifiquement d'une mesure d'entraînement progressif, comme cela ressort des ch. 1502ss de la circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI (CMRPr) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Ceux-ci fixent les critères qui doivent être remplis pour ouvrir le droit à une telle mesure, à savoir une incapacité de travail de 50 % minimum durant au moins six mois, la possibilité d'être présent au moins huit heures par semaine, pouvoir atteindre la capacité de présence et de rendement requise par la mesure envisagée, à savoir l'augmentation continue de la capacité de travail jusqu'à 50 % s'agissant d'une mesure d'entraînement progressif (cf. ch. 1502, 1503 et 1506 CMRPr). Cela ne signifie donc pas, comme voudrait le croire la recourante, que l'OAI estime qu'une mesure de réhabilitation était nécessaire, mais il s'agit d'une catégorie du formulaire prédéfinie qui vise à fixer le moment à partir duquel une mesure de réhabilitation pourrait être mise en place, si elle est nécessaire. On constate que, dans son avis du 12 juin 2024, le SMR fixe au 1<sup>er</sup> décembre 2021 la date de l'aptitude de l'assurée à la réadaptation, à partir de laquelle l'octroi de mesures de réinsertion pouvait être envisagé. Or, il ressort du rapport final REA du 26 septembre 2024 que la recourante « n'est pas dans un processus de reprise d'une activité adaptée, [elle] n'est pas d'accord avec les conclusions du SMR et pense faire recours à la décision. Dans ces conditions [et] en tenant compte de l'ensemble de la situation, y compris la mesure mise en place lors de la 1<sup>ère</sup> demande, seule une activité simple et répétitive en industrie légère est possible. Il n'y a pas de MOP [réd. : mesure d'ordre professionnel] qui pourrait réduire le préjudice économique. La mesure la mieux adaptée aurait été l'aide au placement mais l'assurée envisage de recourir contre notre décision ». L'OAI a ainsi estimé qu'aucune mesure ne devait être mise en place et l'argument de la recourant tombe à faux. L'appréciation de l'OAI est par ailleurs légitime au vu du positionnement de la recourante, qui n'a

clairement pas démontré d'aptitude subjective à la réadaptation, y compris pour une aide au placement, à laquelle l'OAI a ainsi renoncé.

**b)** La recourante prétend en outre que l'octroi de mesures d'ordre professionnel aurait dû intervenir du fait qu'elle est âgée de plus de 58 ans, à savoir « davantage que les 55 ans constituant la limite où une réadaptation par soi-même peut encore être exigée ». Cependant, dans la mesure où la recourante n'était pas bénéficiaire d'une rente avant la décision litigieuse, on ne se trouve manifestement pas dans la situation d'une réduction ou d'une suppression de rente – pas plus que dans celle d'une rente échelonnée d'ailleurs – si bien que la jurisprudence sur les assurés de plus de 55 ans n'est d'aucun secours à la recourante.

**c)** Quant à une éventuelle mesure de reclassement, même si la capacité de gain de la recourante a diminué de plus de 20 %, ce qui pourrait ouvrir le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), il faut constater que de nombreuses activités adaptées à ses limitations fonctionnelles ne nécessitent pas de formation particulière (activités légères visées par l'ESS, skill\_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8). Aucune mesure ne paraît ainsi susceptible d'améliorer sa capacité de gain, étant rappelé que l'aptitude subjective à la réadaptation de la recourante fait par ailleurs défaut.

**11.** Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'OAI a octroyé à la recourante, à l'issue du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI), soit à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2022, une rente d'invalidité de 35 %, compte tenu d'un degré d'invalidité de 44 %, puis une rente d'invalidité de 47,5 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, compte tenu d'un degré d'invalidité de 49 % (art. 28b al. 4 LAI).

**12. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté et les décisions litigieuses confirmées.

**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<sup>bis</sup> 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.** Les décisions rendues les 12 février et 12 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, pour B. \_\_\_\_\_,
- OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :