

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 février 2026

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Brélaz Braillard et M. Tinguely, juges  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourante, représentée par CAP Protection juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a LAI ; 25 et 26<sup>bis</sup> RAI**

**En fait :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, a travaillé en qualité d'auxiliaire de santé à 80 % pour le compte de la Fondation D. \_\_\_\_\_ du 25 janvier 2016 au 30 juin 2023, date pour laquelle l'employeur a résilié les rapports de travail.

Souffrant de lombalgies et de sciatiques à répétition, B. \_\_\_\_\_ a déposé, le 17 mars 2023, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a fait verser au dossier celui constitué par G. \_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain en cas de maladie, lequel contenait notamment un rapport établi le 17 mai 2023 par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Ce médecin y posait les diagnostics de lombalgie commune sur troubles dégénératifs pluri-étagés avec discopathie L4-L5 sans rétrécissement canalaire et sans phénomène compressif, d'anévrismes intracérébraux et d'hypertension artérielle traitée. Si la capacité de travail était nulle dans la profession d'auxiliaire de soins, le pronostic était en revanche favorable dans une activité sans port de charges lourdes, sans position assise ou debout continue et permettant l'alternance des positions ; les activités impliquant les positions penchée et accroupie devaient également être évitées, tout comme les postes exigeant de la productivité et une grande résistance au stress.

Dans un rapport du 2 juin 2023, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic incapacitant de lombo-sciatalgies récidivantes à l'origine d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignante en raison des sollicitations du dos. Selon ce médecin, la capacité de travail était en revanche entière dans une activité adaptée, sans toutefois d'indications quant au type d'activités envisageables au regard de l'atteinte présentée par sa patiente.

Du 24 avril au 17 octobre 2023, B.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce auprès d'E.\_\_\_\_\_ SA sous la forme de divers stages en vue de soutenir et faciliter un retour à l'emploi. Une évaluation physiothérapeutique effectuée dans ce cadre a conclu à l'absence de contre-indication à la poursuite d'une mesure de réinsertion professionnelle dans une activité adaptée aux capacités fonctionnelles décrites, tout en recommandant la pratique de l'exercice physique et la reprise des séances de physiothérapie à des fins de renforcement global, en particulier du dos.

Dans un rapport du 28 novembre 2023, K.\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a fait état des progrès accomplis par l'assurée en dépit d'épisodes occasionnels de fortes douleurs lombaires. Aussi, le travail devait-il être poursuivi avec un accent particulier sur le renforcement musculaire et les ajustements personnalisés en fonction des besoins spécifiques de la patiente. De cette manière, celle-ci pourrait continuer de gagner en autonomie.

Réinterpellé par l'office AI, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué le 31 janvier 2024 que, en présence d'un état clinique inchangé et d'une évolution stationnaire, le diagnostic posé dans son rapport du 2 juin 2023 demeurerait identique. Alors que ce médecin estimait que la capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle, elle pouvait atteindre 50 % dans une activité adaptée, quand bien même le pronostic était réservé.

Afin d'apprécier les répercussions fonctionnelles des atteintes à la santé présentées par l'assurée et, partant, le caractère exigible d'une activité adaptée, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a demandé la réalisation d'une « expertise de médecine physique et réadaptation SMR » (avis médical du 23 juillet 2024).

Le 8 novembre 2024, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a procédé à l'examen clinique de B.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 15 novembre 2024, ce médecin a posé pour seul diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - celui de lombopyalgies dans le

cadre d'une discopathie L4-L5, L5-S1 avec discret modic 1 en L4-L5, troubles dégénératifs facettaires L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Sur la base de son examen clinique, il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « port de charges répétitif au-delà de 5 kg, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotation lombaire, posture statique (possibilité de changer de position au moins 1x/heure), marche sans pause au-delà de 30 minutes. L'activité doit s'exercer préférentiellement en position assise avec la possibilité de faire de petits déplacements ». Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé, elle était en revanche entière depuis le 12 mai 2023, date du rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ [du 2 juin 2023, réd.] indiquant qu'une activité sans sollicitation du dos était raisonnablement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

Par projet de décision du 11 février 2025, l'office AI a avisé B.\_\_\_\_\_ qu'il envisageait de nier son droit à une rente d'invalidité. Selon ses constatations, l'assurée présentait, sur le plan médical, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'auxiliaire de santé depuis le 18 janvier 2023, alors que dite capacité était entière dans une activité adaptée à ses limitations depuis le mois de mai 2023. Il a également retenu que l'assurée, si elle avait été en bonne santé, aurait consacré 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels ; compte tenu d'une incapacité de gain de 18,29 %, le taux d'invalidité global s'élevait à 15 % ( $[80 \% \times 18,29] + [20 \% \times 0]$ ).

Représentée par CAP Protection juridique, B.\_\_\_\_\_ a, par courrier du 14 mars 2025, présenté des objections à ce projet de décision. Se prévalant d'un rapport établi le 6 mars 2025 par le Dr J.\_\_\_\_\_, l'assurée a estimé que, contrairement à ce qu'avait retenu l'office AI, elle présentait une capacité de travail de 50 % depuis le 8 novembre 2023 au plus tôt. En effet, l'évaluation faite par le médecin prénommé en juin 2023 s'était avérée par trop optimiste, dès lors que, dans le cadre des stages effectués, l'intéressée n'avait pas été en mesure d'effectuer des journées entières de travail mais seulement des demi-journées. L'assurée a par ailleurs fait grief à l'office AI d'avoir fixé le revenu d'invalidé sur la base des données

statistiques, alors qu'elle avait repris, depuis août 2024, deux activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles.

Sollicité pour avis, le SMR a déclaré que le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 6 mars 2025 n'était pas de nature à modifier les conclusions de l'examen clinique du 8 novembre 2024 (avis médical du 7 avril 2025).

Par décision du 28 mai 2025, l'office AI a entériné son refus de prester conformément à son projet de décision du 11 février 2025.

**B.**           **a)** Par acte du 30 juin 2025, B.\_\_\_\_\_ a, sous la plume de son mandataire, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 28 mai 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique indépendante. L'assurée a tout d'abord exposé que la prescription d'un traitement antalgique et les résultats de la mesure d'intervention précoce étaient de nature à remettre en cause la fiabilité de l'évaluation opérée par le Dr M.\_\_\_\_\_ quant à sa capacité de travail. Aussi convenait-il plutôt de privilégier l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel n'avait attesté d'une capacité de travail de 50 % en temps réel que le 31 janvier 2024. L'intéressée a ensuite critiqué la fixation du revenu d'invalidé issu des données statistiques ; dans la mesure où elle avait repris en août 2024 l'exercice de deux activités adaptées à ses limitations fonctionnelles au taux global de 27 %, le revenu d'invalidé devait selon elle correspondre au total des rémunérations versées pour ces deux emplois plutôt qu'aux données issues des statistiques salariales. Enfin, l'assurée a déploré l'absence d'évaluation des empêchements ménagers ; alors qu'elle s'occupait entièrement de ces tâches (alimentation, entretien du logement, achats divers, lessive et garde des animaux domestiques) avant son incapacité de travail survenue le 18 janvier 2023, il revenait depuis lors à son époux de s'en charger. Aussi a-t-elle demandé que l'office AI procède à une enquête ménagère.

**b)** Dans sa réponse du 4 septembre 2025, l'office AI s'est contenté de renvoyer à diverses pièces du dossier constitué, dont l'avis du SMR du 7 avril 2025, pour conclure au rejet du recours.

### **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, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

**b)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il 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).

**4. a)** Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

**b)** Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

**5. a)** En l'occurrence, l'office intimé a retenu que la recourante aurait consacré 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels.

**b)** Il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, lequel n'est d'ailleurs pas

contesté dans le recours. Un statut mixte apparaissait cohérent avec la situation financière du couple de la recourante, de ses dires et de ses souhaits. Le taux de 80 % correspondait par ailleurs à celui auquel elle avait toujours travaillé.

**6. 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 fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**b) aa)** Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2025, n° 52 ad art. 16 LPGA).

**bb)** Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels.

Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27<sup>bis</sup> RAI).

**7.** En l'occurrence, la recourante soutient que sa capacité de travail n'excède pas 50 %, tandis que l'office intimé estime, sur la base de l'évaluation effectuée au SMR, que dite capacité est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

**a)** Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'examen clinique réalisé par le SMR le 8 novembre 2024, selon lesquelles la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de ports de charges répétés au-delà de 5 kg ; pas de posture en porte-à-faux lombaire ; pas de mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotation lombaire ; pas de posture statique [possibilité de changer de position au moins une fois par heure] ; pas de marche sans pause au-delà de 30 minutes).

**b) aa)** Rendant compte des constatations effectuées, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée marchait d'un pas normal à plat et dans les escaliers ; les marches sur les talons et la pointe des pieds étaient réussies. L'accroupissement était profond, mais l'intéressée signalait des douleurs à la fesse gauche en se relevant. L'appui monopodal était tenu des deux côtés. Les changements de position assis-debout-couché

s'effectuaient rapidement. La position assise a été maintenue sans manifestation algique pendant les 57 minutes de l'entretien. Lors du déshabillage, l'assurée s'est assise pour enlever son pantalon mais pas pour le remettre. La palpation de la colonne vertébrale et de la musculature par rachidienne était indolore des deux côtés. La mobilité lombaire était diminuée principalement en extension, l'assurée ayant annoncé des douleurs localisées à la région lombaire lors de ce mouvement. Il n'y avait pas de sciatalgies. Les articulations périphériques étaient calmes et leur mobilisation indolore. Dans la mesure où les douleurs lombaires ne s'étendaient pas au-delà de la fesse gauche, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de lombopygalgies plutôt que celui de lombosciatalgies.

**bb)** Procédant ensuite à l'analyse des documents d'imagerie à sa disposition, le Dr M. \_\_\_\_\_ a constaté que le rapport de l'IRM lombaire du 15 juillet 2021 décrivait une discopathie débutante en L4-L5 avec un discret Modic de type 1, des troubles dégénératifs facettaires en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 des deux côtés ; il n'y avait en revanche pas de hernie discale et le bassin était normal. Quant au rapport de l'IRM lombaire du 19 avril 2024, il faisait état de discopathies L4-L5 et L5-S1 associées à un discret Modic de type 1 en L4-L5 et à un léger rétrécissement foraminaux L5-S1 gauche.

**cc)** En dépit des douleurs annoncées, l'assurée conservait de bonnes ressources physiques. En effet, outre la reprise d'une activité lucrative à temps partiel en août 2024, elle effectuait des tâches contraignantes pour la colonne lombaire, telles que passer l'aspirateur et faire le repassage. De plus, il apparaissait que ses loisirs étaient peu impactés par ses douleurs lombaires. Par contre, l'activité d'auxiliaire de santé pour personnes âgées n'était plus exigible, car elle était trop contraignante pour la colonne lombaire, ce qui était également le cas des stages effectués en tant qu'aide de personnes handicapées mentales dans le cadre de la mesure d'intervention précoce.

**c)** Les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de la requérante résultent d'une analyse exhaustive de sa situation

médicale, laquelle inclut notamment un examen des documents radiographiques. Elles mettent en évidence un tableau clinique rassurant, dès lors que l'assurée marche et bouge avec aisance. De plus, l'atteinte dégénérative est peu importante et correspond à la situation généralement rencontrée chez les personnes de plus de cinquante ans.

**d)** Le dossier ne contient aucun document médical qui remettrait en question les conclusions de l'examen clinique du SMR. En effet, le Dr J.\_\_\_\_\_ ne fournit aucune explication permettant d'établir un lien entre son appréciation - réservée - de la capacité résiduelle de travail de sa patiente et le tableau clinique objectif rassurant, tel que mis en évidence par le Dr M.\_\_\_\_\_. Quant au rapport établi le 6 mars 2025 par le médecin traitant prénommé, il ne fait pas état d'une nouvelle atteinte à la santé ni d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen clinique effectué au SMR le 8 novembre 2024.

**e)** Au vu de ce qui précède, il appert que le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre une expertise rhumatologique indépendante telle que requise par la recourante (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**8.** Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que présente la recourante.

**a) aa)** L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les

allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

**bb)** Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C\_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

**cc)** En l'occurrence, la recourante présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'auxiliaire de soins depuis le 18 janvier 2023. En revanche, elle dispose, depuis le mois de mai 2023, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI ; cf. aussi considérant 3a ci-dessus), c'est à bon droit que l'office intimé a effectué la comparaison des revenus à l'aune des circonstances prévalant en 2024.

**b) aa)** 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).

**bb)** En l'espèce, faute d'être critiqué, il n'y a pas de raison de s'écarter du revenu sans invalidité réalisé par la recourante en 2023 auprès de la Fondation D. \_\_\_\_\_, soit 48'519 fr. 90 à 80 % (cf. questionnaire pour l'employeur complété le 29 mars 2023). Indexé à 2024 (+ 2,6 %) – une année après la survenance d'une incapacité durable de travail (cf. art. 28 al. 1 lit. b LAI) – et rapporté à une activité à 100 % en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il s'élève à 62'226 fr. 76.

**c) aa)** 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).

**bb)** 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 visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26<sup>bis</sup> al. 1 et 2 RAI).

**cc)** Selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, 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.

**dd) aaa)** La recourante soutient que c'est à tort que l'office AI s'est fondé sur les données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidité dès lors que, depuis le mois d'août 2024, elle exerce deux activités adaptées à ses limitations fonctionnelles correspondant à un taux d'occupation de 27 %. Selon elle, c'est donc le revenu total tiré de ces deux

emplois - à hauteur de 36'392 fr. 20 pour une activité à 50 % (cf. considérant 7a ci-dessus) - que l'intimé aurait dû retenir au titre de revenu d'invalidé.

**bbb)** Le raisonnement de la recourante ne saurait être suivi. En effet, la double activité exercée par cette dernière n'épuise pas sa capacité de travail (cf. considérant 4 ci-dessus), de sorte que c'est à juste titre que l'office intimé s'est référé aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), lesquelles sont d'ailleurs plus favorables à la recourante. Il s'est ainsi fondé sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités physiques et manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2022, 52'404 fr. par année (4'367 fr. x 12), part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétences 1). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail moyen en 2024 (41,7 heures par semaine) et à l'indice des salaires nominaux (+ 1,8 % en 2023 et + 2,6 % en 2024), le revenu d'invalidé s'élève à 57'060 fr. 50. Au surplus, en tant que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, c'est à juste titre que l'office intimé a pratiqué - en application de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI - un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé, ce que l'intéressée ne conteste d'ailleurs pas. Le revenu d'invalidé s'élève par conséquent à 51'354 fr. 45.

**d)** La comparaison d'un revenu sans invalidité de 62'226 fr. 76 avec un revenu d'invalidé de 51'354 fr. 45 aboutit à un degré d'invalidité de 17,47 %.

**9.** On soulignera ensuite que l'office intimé n'a pas violé le droit fédéral en renonçant dans le cas d'espèce à effectuer une enquête économique sur le ménage, dès lors que le résultat d'une telle enquête n'était pas susceptible, au vu de la situation médicale de la recourante (cf. considérant 7 ci-dessus), de permettre l'ouverture d'un droit à une rente d'invalidité.

**10.** Le taux d'invalidité global de la recourante doit ainsi être fixé à 14 % ( $[17,47 \times 0,8] + [0 \times 0,2]$ ), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**11.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**12. a)** 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.

**b)** 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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 mai 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont 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 :

- CAP Protection juridique (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :