

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 avril 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Livet et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à U***, recourante,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

En fait :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est mariée et mère d'un enfant née en ***. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en dernier lieu en qualité d'opératrice à plein temps auprès de B. _____ Sàrl du 24 novembre 2015 au 4 mars 2016.

Le 26 octobre 2015, l'assurée, alors domiciliée à R***, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de S*** (ci-après : l'Office AI du canton de S***), exposant souffrir d'une fatigue persistante, de douleurs articulaires, de douleurs aux bras et au dos, de maux de tête et de crises d'angoisse depuis 2000.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI du canton de S*** a recueilli diverses pièces, dont :

- un rapport du 20 novembre 2015 de la Dre C. _____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle posait les diagnostics - incapacitants - de trouble anxio-dépressif, de fibromyalgie et de fatigue chronique (depuis 2011), tout en attestant une capacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée ;
- un rapport du 17 juin 2016 de la Dre C. _____, laquelle indiquait que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stable, tout en confirmant une capacité de travail de 50 % dans toute activité ;
- un rapport du 18 novembre 2016 du Dr D. _____, lequel retenait les diagnostics de dépression anxieuse persistante avec somatisation (CIM-10 F34.1) et de fatigue chronique, tout en faisant état d'un pronostic réservé sur la capacité de travail.

Dans un avis du 27 avril 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant des volets en psychiatrie et en rhumatologie.

Par rapport du 12 juillet 2018, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence les diagnostics - incapacitants - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11 ; du 1^{er} janvier au 31 octobre 2016, puis dès le 1^{er} mars 2018) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2 ; du 1^{er} novembre 2016 au 28 février 2018), ainsi que le diagnostic - sans incidence sur la capacité de travail - de traits de la personnalité émotionnellement labile (CIM.10 Z73.1). Il a attesté une capacité de travail de 50 % du 1^{er} janvier au 31 octobre 2016, suivie d'une incapacité totale de travail du 1^{er} novembre 2016 au 28 février 2018, puis d'une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} mars 2018.

Dans un avis du 16 novembre 2018, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 50 %, de sorte que l'expertise précédemment requise n'avait plus raison d'être.

Par décision du 24 mai 2019, confirmant un projet de décision du 4 mars 2019, l'Office AI du canton de S*** a accordé à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017. Non contestée, cette décision est entrée en force dans l'intervalle.

B. Au mois de juin 2020, l'Office AI du canton de S*** a initié une procédure de révision de la rente. L'assurée a, à cette occasion, annoncé une péjoration de son état de santé depuis le mois de décembre 2019 à la suite d'une interruption médicale de grossesse.

Par rapport du 29 juillet 2020, la Dre C._____ a retenu les diagnostics de fibromyalgie et de trouble anxieux. La capacité de travail était de 30 à 50 % dans une activité adaptée, soit une activité limitant le stress, offrant des horaires flexibles et ne nécessitant pas d'efforts physiques importants.

Par rapport du 4 août 2020, le Dr F._____ a mis en évidence le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans

symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2 ; depuis le 11 décembre 2019). L'état de santé de l'assurée s'était péjoré après la perte de son bébé le 11 décembre 2019. Selon lui, la capacité de travail de l'intéressée était désormais nulle tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. L'assurée était ralentie sur le plan psychomoteur et souffrait d'aboulie, de troubles de la concentration et d'un isolement social. L'état de santé n'était pas encore stabilisé et le pronostic était mitigé.

Par rapport du 28 août 2020, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a précisé qu'elle suivait l'assurée uniquement en lien avec le deuil périnatal. Elle a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte (CIM-10 F43.22), tout en relevant que l'assurée présentait toujours de l'anxiété et de la culpabilité en lien avec la périnatalité mais que le pronostic était favorable.

Dans un rapport du 4 février 2021, le Dr F._____ a repris les constats décrits dans son rapport du 4 août 2020, tout en précisant que l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé.

Par communication du 1^{er} mars 2021, l'Office AI du canton de S*** a fait savoir à l'assurée que son droit à une demi-rente d'invalidité restait inchangé.

C. Dans le cadre d'une procédure de révision de son droit à la rente ouverte par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), désormais compétent à la suite de son déménagement dans ce canton en 2022, l'assurée a indiqué, le 9 mai 2024, que son état de santé s'était aggravé depuis octobre 2022.

Par rapport du 29 mai 2024, la Dre C._____ a posé les diagnostics de trouble anxieux, de syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie et de céphalées de tension. Elle a relevé que l'état de santé de l'assurée était stable, tout en précisant que l'intéressée n'était pas en mesure d'assumer des heures de travail régulières.

Par rapport du 12 juin 2024, le Dr F._____ a fait état du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2). Il a certifié une incapacité totale de travail dans toute activité, tout en indiquant que le pronostic était défavorable au vu de la persistance des troubles.

Dans un avis médical du 4 novembre 2024, le SMR a estimé que l'état de santé de l'assurée était stable, de sorte qu'une capacité de travail de 50 % était exigible.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 16 mai 2025 au domicile de l'assurée. Aux termes du rapport y relatif du 19 mai 2025, l'évaluateur de l'Office AI a mis en évidence que l'assurée aurait consacré 50 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels et constaté qu'elle présentait une entrave de 4,53 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

Le 12 juin 2025, l'Office AI a communiqué un projet de décision à l'assurée prévoyant la suppression de la demi-rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité de 2,2 %, calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, justifiait la suppression de la rente précitée.

Le 25 juillet 2025, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné. Elle a soutenu qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps car elle disposait désormais d'une solution de garde pour sa fille.

Par décision du 25 août 2025, l'Office AI a confirmé le projet de décision du 12 juin 2025.

D. **a)** Par acte du 22 septembre 2025, A._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à son annulation et au maintien de sa demi-rente d'invalidité, et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et d'une nouvelle évaluation économique sur le ménage. En

substance, elle faisait valoir que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait exercé une activité lucrative à plein temps, précisant avoir répondu de manière erronée à la question de l'Office AI, en pensant que celle-ci se rapportait à sa situation actuelle en lien avec la demi-rente d'invalidité dont elle bénéficiait.

b) Par réponse du 30 octobre 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée quant à son résultat. Il précisait qu'il y avait lieu de retenir, pour la part consacrée à l'activité lucrative, un degré d'invalidité de 50 %. Le degré d'invalidité global s'élevait ainsi, après pondération, à 27,2 %, taux demeurant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

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 a pour objet le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 24 mai 2019, date de la décision initiale par laquelle cette prestation lui a été accordée, et le 25 août 2025, date de la décision litigieuse. A cet égard, on relèvera qu'il n'y a pas lieu de se référer à la

situation qui prévalait au moment de la communication du 1^{er} mars 2021 de l'Office AI du canton de S***, dès lors que l'on ne saurait considérer que cet office a procédé à l'époque à l'examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, éléments pourtant indispensables pour que l'on puisse accorder à la communication du 1^{er} mars 2021 la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) Dans le cas d'espèce, l'intimé a supprimé, par décision du 25 août 2025, le droit de la recourante à la demi-rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de cet acte, à savoir le 1^{er} octobre 2025, conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI. Les faits déterminants pour juger de la présente cause sont donc postérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'il convient d'appliquer le nouveau droit.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché

du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24^{septies} RAI).

aa) 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).

bb) 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, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) 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^{bis} RAI).

dd) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

5. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

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

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

c) Une évaluation économique sur le ménage effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale,

ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans la réalisation des travaux habituels dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4). L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une cellule familiale raisonnable si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 8C_748/2019 du 7 janvier 2020 consid. 6.6 ; 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4). L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; TF 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1).

7. En l'espèce, il convient de se pencher en premier lieu sur la question du statut de la recourante. L'intimé a considéré que l'intéressée, dans l'hypothèse où elle n'était pas atteinte dans sa santé, aurait exercé

une activité lucrative à un taux de 50 % et consacré le reste de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels depuis le 1^{er} octobre 2022 (statut mixte). Pour sa part, la recourante a soutenu, dans ses objections du 25 juillet 2025, qu'en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à plein temps.

a) La demi-rente d'invalidité avait été octroyée à la recourante, dès le 1^{er} avril 2017, en se fondant sur le statut d'une personne exerçant une activité lucrative à 100 %.

b) Le 9 mai 2024, dans le cadre de la révision d'office initiée par l'intimé, la recourante a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 50 % et que le temps non travaillé serait consacré à s'occuper de sa fille et de son foyer. Le 23 juillet 2024, la recourante a confirmé ses déclarations en précisant que, si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à ce même taux de 50 % depuis le 22 octobre 2022, soit dès la naissance de sa fille, afin de pouvoir s'en occuper personnellement. Sur la base de ces informations, l'intimé a mis en place, le 16 mai 2025, une évaluation économique sur le ménage, laquelle a conclu que la recourante aurait consacré 50 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative. Ce n'est que lors de ses objections du 25 juillet 2025 que la recourante est revenue sur ses déclarations initiales en soutenant qu'elle aurait, en réalité, exercé une activité lucrative à plein temps, au motif qu'elle disposerait désormais de solutions de garde pour sa fille. A l'appui de son recours, elle a ajouté avoir répondu de manière erronée à la question de l'Office AI, précisant avoir compris que celle-ci se rapportait à sa situation actuelle en lien avec la demi-rente d'invalidité dont elle bénéficiait. De telles explications ne sauraient toutefois emporter la conviction, dès lors que les déclarations initiales de la recourante étaient claires et dénuées d'ambiguïté, celle-ci ayant expressément indiqué qu'elle aurait travaillé à un taux de 50 % dès la naissance de sa fille. Par conséquent, il y a lieu de s'en tenir aux premières déclarations, qu'il convient de privilégier aux explications nouvelles, celles-ci pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ;

TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1).

c) Dans ces conditions, il sied de confirmer le statut retenu par l'intimé, soit une part de 50 % consacrée à l'exercice d'une activité lucrative et une part de 50 % dévolue à l'accomplissement des travaux habituels. C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité était désormais applicable à la situation de la recourante (cf. ATF 147 V 124 consid. 5 et 6).

8. Cela étant, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié, dans une mesure susceptible d'influencer son invalidité depuis la décision du 24 mai 2019, par laquelle l'Office AI du canton de S*** avait reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017, basée sur un degré d'invalidité de 50 %.

a) A l'époque, l'Office AI du canton de S*** s'était basé sur l'avis de son service médical du 16 novembre 2018. Il avait ainsi constaté que la recourante souffrait d'un ralentissement psychomoteur lié à un épisode dépressif d'intensité moyenne, ainsi que d'un manque de motivation et de volonté lié audit trouble. Dans ces circonstances, la capacité de travail de la recourante était de 50 %.

b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée au mois de mai 2024, l'intimé, se fondant sur l'avis du SMR du 4 novembre 2024, a constaté que l'état de santé de la recourante était stable.

c) Confronté aux rapports des médecins traitants de la recourante, l'avis du 4 novembre 2024 du SMR n'emporte toutefois pas conviction. Certes, les rapports médicaux récents font état, pour partie, d'atteintes déjà connues. Il ressort néanmoins des rapports du 29 mai 2024 de la Dre C._____ et du 12 juin 2024 du Dr F._____ que la recourante présente désormais une incapacité totale de travail, ce qui laisse à penser que l'état de santé psychique de l'intéressée s'est aggravé depuis la date d'octroi de la demi-rente d'invalidité. En particulier, il convient de relever

que le Dr F._____ retient de manière constante, depuis l'interruption thérapeutique de grossesse survenue au mois de décembre 2019, un diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques, lequel s'accompagne d'une incapacité totale de travail (cf. les rapports des 4 août 2020, 4 février 2021 et 12 juin 2024). Or cette aggravation avait été considérée - semble-t-il de manière erronée - comme transitoire par l'assurance-invalidité dans le cadre de la première procédure de révision du droit à la rente. Dès lors, au regard des avis discordants des médecins traitants, ainsi que du fait que la recourante a allégué une dégradation de son état de santé lors des procédures de révision successives de son droit à la rente, le raisonnement développé par le SMR dans son avis du 4 novembre 2024, en tant qu'il conclut à une stabilité de l'état de santé depuis la précédente appréciation, ne saurait être suivi.

d) Dans ces conditions, il convient de constater que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Dans la mesure où il n'est pas exclu, au vu des pièces médicales versées au dossier, que l'état de santé de la recourante se soit aggravé depuis la date d'octroi de la demi-rente d'invalidité, il se justifie de renvoyer la cause à l'office intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa) - afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical. Il incombera ainsi à l'intimé de compléter le dossier, en requérant des rapports médicaux auprès des médecins récemment consultés et, cas échéant, de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, afin de clarifier les atteintes dont souffre l'assurée et leurs effets sur sa capacité de travail.

9. a) Pour mesurer la capacité de la recourante dans l'accomplissement de ses travaux habituels, l'intimé s'est principalement appuyé sur le rapport d'évaluation économique sur le ménage du 19 mai 2025. Il ressort de ce rapport que le taux d'empêchement est de 4,53 %. L'enquêteur a justifié ce taux relativement bas par l'aide raisonnablement exigible de l'époux.

b) Cela étant, il n'est pas possible de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'enquête économique sur le ménage du 19 mai 2025. En premier lieu, il convient de relever que cette évaluation a été réalisée sur la base de renseignements médicaux lacunaires (cf. *supra* consid. 8d). En second lieu, le dossier contient peu d'informations relatives aux activités et à l'emploi du temps du mari de la recourante, alors même que le rapport retient à sa charge une obligation de contribuer à la diminution du dommage. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'examiner si l'aide attendue de celui-ci est effectivement compatible avec sa situation personnelle et professionnelle, ni si elle respecte le principe de proportionnalité. Enfin, le rapport d'enquête ne fournit que des explications sommaires quant à l'ampleur de l'aide exigible requise de la part du mari pour chaque fonction partielle, alors même que les taux retenus varient sensiblement d'une fonction à l'autre. Sur ce point également, le rapport apparaît insuffisamment motivé.

c) Au vu de la nécessité de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle reprenne l'instruction et établisse la capacité de travail de la recourante (cf. *supra* consid. 8d), il se justifie de lui renvoyer également la cause pour qu'elle statue sur les empêchements de l'intéressée dans l'accomplissement de ses travaux habituels. A cet égard, l'enquête économique sur le ménage au dossier comportant plusieurs lacunes, il incombera à l'intimé d'en mettre en œuvre une nouvelle, laquelle devra tenir compte des remarques précitées.

10. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 25 août 2025 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

11. **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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 25 août 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- A. _____,
- 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).

La greffière :