

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 février 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. de Chambrier, juge  
suppléant  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourante, représentée par Procap, à Bienne,  
et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 et 28b LAI**

**En fait :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \*\*\*, mariée et mère de deux enfants nés en mai 2016 et en juin 2020, dispose d'un bachelor et d'un master en [...]. Depuis 2013, l'assurée a travaillé auprès de l'A. \_\_\_\_\_ en qualité de stagiaire (2013), puis de [...].

**B. a)** L'assurée a présenté une incapacité de travail attestée médicalement de 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014 et de 100 % dès le 9 novembre 2015. Après son congé maternité, l'assurée a recommencé son travail au taux de 50 % dès le 13 octobre 2016, puis à 40 % à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2016. Elle a présenté une incapacité totale de travailler dès le 30 octobre 2017.

**b)** Le 9 mai 2016, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir d'une maladie de Crohn et d'une spondylarthrite ankylosante décelées en 2013. Sur requête de l'OAI, l'assurée a complété sa demande le 12 juillet 2016.

Dans un avis du 25 juillet 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est déterminé sur les pièces médicales recueillies dans le cadre de l'instruction de la demande, en observant que tous les médecins intervenants attestaient une capacité de travail maximale de 50 % comme [...] depuis septembre 2016, sans perspective d'amélioration à court ou moyen terme. Le SMR a conclu à une incapacité de travail durable depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015 avec récupération d'une capacité de travail de 50 % depuis septembre 2016 dans l'activité habituelle et dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : fatigue importante, douleurs lombo-sacrées et sternale avec impotence fonctionnelle lors de flexions du tronc, postures en porte-à-faux, travail penché, accroupi ou à genoux, port de charges limité à 10 kg, sollicitation importante des deux bras, exposition excessive des yeux à la poussière, aux températures et aux lumières extrêmes. Il a ajouté qu'il restait à déterminer le nouveau statut de l'assurée depuis la naissance de

son premier enfant en mai 2016 et de décider s'il y avait lieu de faire une enquête ménagère.

Dans un avis du 26 février 2018, le SMR a observé que les documents recueillis depuis la précédente appréciation signalaient une aggravation de l'état de santé de l'assurée tant sur le plan physique que psychique. La psychiatre traitante, qui avait déjà suivi l'assurée entre mars 2014 et avril 2016, mentionnait un épisode dépressif moyen dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent qui entraînait une incapacité de travail totale depuis le 30 octobre 2017. Sur le plan physique, une incapacité de travail totale était également justifiée selon le SMR en raison d'une nouvelle atteinte digestive attestée dans un rapport médical du 29 janvier 2018. Le SMR a par ailleurs observé que l'enquête ménagère effectuée corroborait cette évolution défavorable avec des empêchements de 43.25 %. Il était d'avis que les atteintes physiques et psychiques, qualifiées de sévères, mettraient du temps à se stabiliser et à s'améliorer, ce qui le conduisait à préconiser de statuer rapidement sur l'octroi d'une rente, avec révision dans une année.

Par décision des 7 et 16 mai 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité, ainsi qu'une rente pour enfant, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, en retenant un statut mixte de personne active à 90 % et de ménagère à 10 %. Selon l'OAI, au 30 janvier 2018, l'assurée présentait une incapacité totale de travailler, avec un empêchement dans la tenue de son ménage de 43.25 %, conduisant à un degré d'invalidité arrondi à 94 %.

Le 4 septembre 2020, l'OAI lui a accordé une rente complémentaire pour son second enfant.

**c)** En avril 2020, l'OAI a engagé une procédure de révision d'office de la rente octroyée.

Entre autres mesures d'instruction, l'OAI a sollicité des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée (rapports des

Drs H.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et F.\_\_\_\_\_, gastro-entérologue) et soumis celle-ci à un examen clinique rhumatologique auprès du SMR (rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2022 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie au SMR, concluant à une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle et au même taux dans une activité adaptée dès le 16 mars 2022).

Le 10 novembre 2022, l'évaluateur de l'OAI a procédé à une visite au domicile de l'assurée. Dans son évaluation économique sur le ménage établi le jour-même, il a rapporté que, selon l'assurée, celle-ci aurait très certainement réduit son taux d'activité à 70 % lors de la naissance de son deuxième enfant, soit en juin 2020. Il retenait un statut mixte (70 % active et 30 % ménagère dès le 1<sup>er</sup> juillet 2020), avec un empêchement de 23,8 % dans les travaux ménagers. Il a relevé que la situation était bien différente que celle présentée en février 2018 (la famille vivait dorénavant dans un grand appartement de six pièces et naissance d'un second enfant). Il a relevé que la recourante était très vite épuisée par les divers travaux, ce qui entraînait successivement des douleurs, une baisse importante du moral, de l'envie et de la motivation.

Après avoir consulté son SMR et obtenu de nouveaux rapports de la psychiatre, du généraliste et du gastro-entérologue traitants de l'assurée (lesquels retenaient des capacité de travail dans une activité adaptée allant de 0 à 20 %), l'OAI a mandaté le centre médical J.\_\_\_\_\_  
SA, à T\*\*\*, afin qu'il procède à une expertise pluridisciplinaire de rhumatologie (Dr C.\_\_\_\_\_), gastro-entérologie (Dr D.\_\_\_\_\_), psychiatrie (Dr U.\_\_\_\_\_) et médecine interne (Dr K.\_\_\_\_\_), qui a été rendue le 4 juillet 2024. Selon les experts, l'activité de [...] était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée et celle-ci présentait, d'un point de vue consensuel, une capacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 et de 70 % depuis le 16 mars 2022. Les experts ont au surplus répondu aux questions posées par l'assurée le 21 septembre 2023.

Dans son avis du 10 juillet 2024, le médecin du SMR s'est prononcé sur cette expertise, constatant sa valeur probante. Il proposait

toutefois de s'en écarter concernant la capacité de travail, l'amélioration de l'état de santé devant être retenue selon lui depuis mars 2021 et non depuis septembre 2014. Il estimait que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 % au plus tard depuis mars 2021 et de 70 % depuis mars 2022.

A l'occasion d'un entretien du 2 octobre 2024 avec l'OAI, l'assurée a contesté disposer d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

Le 6 janvier 2025, l'OAI a communiqué un projet de décision à l'assurée prévoyant la suppression de la rente d'invalidité, au motif que son état de santé s'était amélioré depuis le mois de mars 2021 (capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée) et encore à nouveau depuis le mois de mars 2022 (capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée). Retenant un statut mixte (70 % activité lucrative, 30 % tenue du ménage), l'OAI aboutissait à un degré d'invalidité de 33.04 % (avec un empêchement de 23.8 % dans l'activité ménagère et une diminution de revenu de 37 %, avec une capacité de travail de 70 %) qui justifiait la suppression de la rente précitée.

L'assurée, représentée par Procap, s'est opposée au projet de décision susmentionné, par écrit daté du 7 janvier 2025 (reçu au début du mois de février par l'OAI) en contestant, en substance, les pourcentages retenus dans le statut mixte, la capacité de travail de 70 %, ainsi que les limitations fonctionnelles prises en compte, selon elle, incomplètes. Elle faisait valoir un taux global d'invalidité de 63 % (statut de 90 % [actif] et 10 % [ménage], capacité de travail de 50 %, avec une déduction forfaitaire de 20 %, en retenant que l'activité de [...] n'était plus exigible de sa part).

Après avoir consulté son SMR, notamment pour qu'il se prononce sur un courrier des psychiatres traitants de l'assurée (les Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_) du 27 janvier 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision par décision du 25 mars 2025, en indiquant à l'assurée que la rente

entière actuelle sera supprimée après la notification de la décision pour la fin du mois suivant.

**C.** Par acte du 8 mai 2025, B.\_\_\_\_\_, agissant par Procap, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée du 25 mars 2025. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que le statut de personne active à 90 % soit retenu en sa faveur, qu'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée soit admise et qu'une rente partielle d'invalidité lui soit accordée. Subsidiairement, elle a conclu à une instruction complémentaire judiciaire et au prononcé d'un jugement au sens des considérants. A titre plus subsidiaire, la recourante a demandé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

Dans sa réponse du 19 juin 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. A cette occasion, il a présenté un nouveau calcul du degré de l'invalidité, établi le 6 juin 2025, arrivant à un résultat de 39,12 %.

Le 7 août 2025, la recourante, par Procap, a indiqué ne pas avoir d'observations particulières à formuler sur la réponse.

### **En droit :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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, le recours a été interjeté 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 respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable, étant précisé que les conclusions portant sur le statut et la capacité de travail de l'assurée n'ont pas de portée propre au regard de la conclusion tendant à l'octroi d'une rente partielle (concernant le caractère subsidiaire de telles conclusions constatatoires, cf. ATF 141 II 113 consid. 1.7 ; 135 I 119 consid. 4).

**2. a)** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de la suppression à compter du 1<sup>er</sup> mai 2025, par la voie de la révision, de la rente entière d'invalidité accordée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Sont en particulier litigieux, le statut de la recourante, ainsi que sa capacité de travail.

**b) aa)** 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 pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).

**bb)** Dans le cas présent, la décision litigieuse du 25 mars 2025 fait suite à une révision d'office initiée en avril 2020. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 trouve néanmoins application, dans la mesure où, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, l'éventuelle

suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, en l'espèce le 1<sup>er</sup> mai 2025.

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

**b)** Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode ordinaire 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.

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 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). 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 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c).

**c)** 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 27bis RAI).

**4.** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022), 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).

**5. 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 140 V 193 consid. 3.2 ; 132 V 93 consid. 4 et les références).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** 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). 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 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**d)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**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 asséculoologique. 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\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**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.** La recourante conteste tout d'abord le statut (70 % activité lucrative, 30 % travaux habituels) retenu par l'OAI. Selon elle, il n'existait

aucun motif de s'écarter de ses déclarations, faites en avril 2020 et confirmées en mars 2021 selon lesquelles, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé au taux de 90 %.

**a)** En l'occurrence, la rente entière d'invalidité avait été octroyée à la recourante, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, en se fondant sur un statut mixte de personne active à 90 % et de ménagère à 10 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016.

**b)** Le 20 avril 2020, dans le cadre de la révision d'office initiée par l'OAI, la recourante a indiqué, que, sans atteinte à sa santé, elle travaillerait au taux de 90 %, dans le [...], activité pour laquelle elle avait un *"intérêt personnel fort"*. Elle a confirmé ce taux d'activité dans le questionnaire qui lui a été adressé par l'OAI le 9 mars 2021 à la suite de la naissance de son second enfant en juin 2020. En revanche, il ressort du rapport rhumatologique du SMR du 1<sup>er</sup> juillet 2022, que la recourante avait déclaré à l'examinateur que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 %, en ajoutant qu'*"actuellement, elle ne se sent[ait] pas capable de reprendre une activité professionnelle, surtout avec 2 enfants en bas-âge"* et que *"pour le moment, elle ne compt[ait] pas reprendre d'activité professionnelle avant 2 ans, lorsque son fils cadet aura 4 ans, car elle [voulait] s'en occuper."* L'évaluateur de l'OAI indiquait quant à lui dans son rapport du 10 novembre 2022 que la recourante avait déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait très certainement réduit son taux d'activité à 70 % à la naissance de son second enfant.

La recourante se réfère tout d'abord à ses premières déclarations, faites en avril 2020 et mars 2021 pour justifier la prise en considération d'un taux d'activité de 90 %. A cet égard, elle perd toutefois de vue que le statut doit être déterminé en prenant en compte l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision attaquée. Les déclarations ultérieures sont donc également pertinentes et, le seul fait qu'elles n'aient pas été signées ne permet pas de les écarter comme semble le prétendre l'assurée. Au demeurant, rien ne vient remettre en question le contenu des deux rapports précités des 1<sup>er</sup> juillet et 10 novembre 2022, lesquels

confirment une volonté de réduire le taux d'occupation. Aucun élément ne permet de retenir que leurs auteurs auraient faussement rapporté les déclarations de la recourante sur ce point. En outre, ces deux derniers rapports ont été effectués alors que le second enfant de la recourante était déjà né et que la famille vivait déjà dans un appartement plus grand. L'argumentation de la recourante selon laquelle ces deux éléments confirmeraient la nécessité d'un taux d'occupation de 90 % pour des raisons économiques ne convainc donc pas, étant souligné que le dossier ne révèle pas que la famille aurait éprouvé des difficultés financières, lorsque seul le mari travaillait. Le souhait de la recourante de consacrer davantage de temps à ses enfants ressort aussi de ses déclarations tenues en 2024 aux experts de J. \_\_\_\_\_ SA, qui ont relevé, s'agissant des perspectives d'avenir sur le plan professionnel, que la recourante ne pouvait pas se projeter dans une activité lucrative, qu'elle s'estimait déjà pleinement occupée avec ses enfants, qu'il était impossible d'ajouter une activité à celle du ménage et du soin de ses enfants petits, et qu'elle pensait pouvoir faire des projets lorsqu'ils seraient plus grands (rapport d'expertise, p. 24 et 25).

Dans les présentes circonstances, il peut être retenu, avec un degré de vraisemblance prépondérante, qu'en l'absence d'atteinte à la santé, la volonté de concilier l'exercice d'une activité professionnelle intéressante avec le temps consacré à ses enfants, ainsi que les impératifs économiques, auraient conduit la recourante à travailler à un taux entre 70 et 80 %, comme elle l'a déclaré au SMR et à l'évaluateur de l'OAI. Le statut d'active au taux de 80 %, qui est plus favorable à la recourante, peut être confirmé.

**7. a)** La recourante conteste également la capacité de travail retenue et remet en question sur ce point les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 4 juillet 2024, concernant le taux et le caractère adapté de l'activité de [...].

**b)** Sur le plan médical, il ressort du dossier en particulier les éléments suivants :

**i.** Dans son rapport du 16 août 2021, le rhumatologue traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, mentionne avoir vu l'assurée la dernière fois en décembre 2020. Au moment de la consultation, la mobilité était conservée, sans symptômes inflammatoires, avec des lombalgies a priori mécaniques. Selon lui, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est de 100 %, sans pouvoir préciser depuis quand.

**ii.** Dans son rapport du 18 décembre 2021, le gastro-entérologue traitant, le Prof. F.\_\_\_\_\_ mentionne les diagnostics de maladie de Crohn colique droite et de spondylarthrite ankylosante. Il relève que la recourante répond bien au Stelara sur le plan digestif, profitant également du repos que sa rente AI lui permet. Sur le plan articulaire la situation n'a selon lui pas évolué favorablement. Il ajoute que les traitements actuels ont permis d'améliorer en partie les arthralgies et la raideur matinale, mais pas l'asthénie, qui reste marquée, obligeant la recourante à un repos en milieu de journée. Concernant la capacité de travail, le médecin indique que *"du point de vue médico-technique, la patiente ne pourrait pas avoir la disponibilité, la forme physique et la motricité d'exercer sa profession de [...]. Ce travail demande de longues heures de présence, de travail debout et une attention aux autres difficiles à demander à une personne avec les symptômes [constatés]. Une activité de bureau ou de conseil à temps partiel pourrait être demandée à la patiente si l'amélioration observée depuis 2 mois se poursuit grâce au Methotrexate et au Stelara combinés."*

**iii.** Le 28 juin 2022, le SMR, par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assurée. Dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> juillet 2022, ce médecin retient comme diagnostics avec une incidence sur la capacité de travail, une spondylarthropathie axiale actuellement quiescente et, sans répercussion sur ladite capacité, une maladie de Crohn actuellement quiescente. Au titre des limitations fonctionnelles, il mentionne la *"nécessité de pouvoir alterner 1 à 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc,*

*pas d'exposition à des vibrations. Pas de position debout de plus de 1/2 heure.*" Le médecin du SMR retient une capacité de travail dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée de 70 % depuis le 16 mars 2022. Il précise que son évaluation ne tient compte que du problème rhumatologique et non du problème gastroentérologique et d'éventuels problèmes psychologique ou psychiatrique.

**iv.** Dans son avis du 12 juillet 2022, le médecin du SMR, responsable du dossier, estime que l'examen du Dr G. \_\_\_\_\_ susmentionné est complet et convaincant et qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Il estime que *"d'un point de vue psychiatrique, il n'existe pas non plus de symptomatologie permettant de suspecter une récurrence d'épisode dépressif."* Il relève que *"le dernier psychiatre consulté (Dr X. \_\_\_\_\_, 20.07.20) attestait une rémission dépressive avec, d'un point de vue purement psychiatrique, l'absence de maladie empêchant l'assurée d'exercer une activité professionnelle"*. Il constate qu'aucun autre élément faisant suspecter une récurrence n'a été décrit par les différents thérapeutes durant l'instruction. Selon lui, il n'y a pas lieu de procéder à des instructions complémentaires.

**v.** Dans son rapport du 20 janvier 2022 [recte : 2023], la psychiatre traitante, la Dresse Y. \_\_\_\_\_, indique suivre la recourante depuis juin 2021. Elle retient comme diagnostics une anxiété généralisée (F41.1), un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), une spondylarthrite ankylosante, diagnostiquée en 2013, une maladie de Crohn, diagnostiquée en 2013, ainsi qu'une intelligence haut potentiel. Selon elle, la recourante présente une incapacité totale de travailler dans une activité adaptée, précisant que celle-ci fonctionne à la limite de ses ressources adaptatives et qu'une reprise du travail entraînerait un risque de péjoration de son état de santé.

**vi.** Dans son rapport du 5 mai 2023, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, mentionne comme diagnostics une spondylarthrite ankylosante et une maladie de Crohn. Selon lui, l'état de santé de la recourante est stationnaire et la capacité de travail est nulle.

**vii.** Le 28 mai 2023, le gastro-entérologue traitant, mentionne les mêmes diagnostics (spondylarthrite ankylosante "*active*" et maladie de Crohn "*en rémission*"), avec une lente dégradation de l'état de santé de la recourante depuis 2017. L'incapacité de travailler est selon lui totale, y compris dans une activité adaptée, et il mentionne une fatigue chronique et des douleurs articulaires comme limitations fonctionnelles.

**viii.** Dans son rapport du 30 juin 2023, la psychiatre traitante mentionne comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), une anxiété généralisée (F41.1) et une probable intelligence à haut potentiel. Elle précise que "*malgré l'augmentation de l'antidépresseur, on note une fatigue persistante et importante qui peut être imputable à ses maladies inflammatoires chroniques, principalement à sa maladie de Crohn et également à son anxiété. Avec l'anxiété généralisée, [la recourante] est en permanence comme sur le qui-vive ce qui génère de la fatigue.*" Elle relève aussi que la recourante peut être sujette à des épisodes de panique (ce qui s'était notamment manifesté lors de [...]). Elle retient une capacité de travail de 10 à 20 % (correspondant à l'activité de bénévolat actuellement exercée) dans une activité adaptée qui reste à définir. Selon elle, l'activité de [...] ne peut plus être effectuée.

**ix.** Dans leur expertise du 4 juillet 2024, les experts du centre J.\_\_\_\_\_ SA ont retenu essentiellement comme diagnostics une spondylarthrite ankylosante dans le cadre d'une pathologie inflammatoire digestive du type maladie de Crohn en phase quiescente, une maladie de Crohn colique depuis 2013, asymptomatique dès 2020 sous Stelara, une asthénie, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10), un trouble anxieux, sans précision (F41.9), une anamnèse de psoriasis cutané diffus et des malaises vasovagaux. Au titre des limitations fonctionnelles, les experts retiennent, sur le plan psychiatrique, une activité sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanées, sans gestion d'émotions et de stress. Sur le plan gastroentérologique, ils mentionnent qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles spécifiquement digestives, mais qu'une baisse de

rendement est possiblement partiellement liée à la maladie de Crohn. Enfin, sur le plan rhumatologique, ils indiquent l'absence d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 5 kg, avec nécessité de changement de position régulier, l'absence d'utilisation d'engin vibrant et de piétinement prolongé. Ils estiment que la recourante ne présente pas de limitation au niveau de la médecine interne. Dans leur évaluation consensuelle, les experts retiennent une pleine capacité de travail pour la médecine interne générale, de 80 % pour la gastro-entérologie dès octobre 2020 (capacité de travail de 100 %, avec perte de rendement de 20 %), de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 et de 70 % dès le 16 mars 2022 pour la rhumatologie et de 80 % depuis septembre 2022 pour la psychiatrie. Ils concluent ainsi à une capacité de travail consensuelle de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 et de 70 % depuis le 16 mars 2022. Selon les experts, en respectant ces taux de capacité de travail, l'activité de [...] reste adaptée.

**x.** Dans son avis du 10 juillet 2024, le médecin du SMR relève que l'expertise pluridisciplinaire précitée est complète, qu'elle rejoint les conclusions de l'examen effectué par le SMR et qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Il constate néanmoins que les experts mentionnent une capacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014, alors que le SMR avait retenu une incapacité totale de travailler dès octobre 2017. S'appuyant sur d'autres éléments au dossier, il propose de retenir que l'assurée présente une capacité de travail dans toute activité adaptée de 50 % au plus tard depuis mars 2021 et de 70 % depuis mars 2022.

**xi.** Le 27 janvier 2025, les psychiatres L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ mentionnent que l'état de santé de l'assurée s'est dégradé depuis la réalisation de l'expertise. Ils soulignent que la crise que vit l'assurée dans son couple s'est aggravée depuis quelques mois, son mari ayant débuté un suivi psychiatrique mettant en évidence un épisode dépressif, dans le contexte d'un trouble dépressif. La crise familiale semble perdurer et ils font l'hypothèse que l'assurée se retrouvera dans une situation où elle devra cumuler les tâches pour subvenir aux besoins de sa famille. Ils précisent que l'un des enfants présente des signes d'hyperactivité. Selon eux, cette

situation semble entrer en contradiction avec un travail à 70 % et une activité adaptée à un plus petit pourcentage leur semble nécessaire. Ils diagnostiquent chez l'assurée un épisode dépressif moyen, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent (CIM-10 : F33.1), ainsi qu'un trouble anxieux sans précision (CIM-10 : F41.91). Les thérapeutes ajoutent aux limitations retenues dans le projet de décision, "*une baisse d'envies/motivation, des ruminations anxieuses envahissantes, qui peuvent être paralysantes voir provoquer des mouvements colériques (irritabilité, cris), ceux-ci étant plus rares*", ainsi qu'une fatigabilité importante, c'est-à-dire l'impossibilité d'accomplir une tâche jusqu'au bout à certains moments (s'il y a recrudescence de déprime ou fatigue). Selon eux, l'assurée présente une capacité de travail de 40 à 50 % dans une activité adaptée.

**xii.** Le 13 mars 2025, le médecin du SMR relève que le précédent suivi psychiatrique (en cours lors de l'expertise) a manifestement été interrompu, que le suivi par les Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ a été repris dès mai 2024 et que l'aggravation décrite par les thérapeutes est manifestement liée à une surcharge familiale et à une dépression du conjoint. Il constate que les diagnostics sont inchangés, l'intensité de l'épisode dépressif est identique à celui décrit par l'expert et que l'examen clinique est rassurant. Il relève enfin que l'absence d'aggravation est corroborée par le fait qu'il n'existe pas d'intensification du traitement et souligne que la fréquence du suivi initial a diminué. Selon lui, le rapport précité du 27 janvier 2025 ne justifie pas de modifier ses conclusions.

**c)** La recourante critique les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 4 juillet 2024. Selon elle, la description du tableau clinique ne permettait pas de retenir une capacité de travail de 70 %, alors que celle-ci était auparavant nulle. Elle souligne sur ce point que les experts mentionnaient une baisse de rendement de 30 % en raison des limitations fonctionnelles rhumatologiques, une baisse de rendement de 20% pour des raisons gastroentérologiques (asthénie) et une baisse de rendement de 30 % pour des raisons psychiatriques (fatigue). Sans contester une amélioration des deux pathologies inflammatoires diagnostiquées, elle relève une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique et une

étroite interaction entre les pathologies somatiques et psychiques. En outre, l'asthénie ne doit, selon elle, pas être confondue avec la fatigue ou la fatigabilité. La première étant présente même après le repos (sans ou avec effort), alors que la seconde est associée à des symptômes physiques et/ou psychiques, notamment durant l'effort physique ou intellectuel. La recourante considère que le volet consensuel de cette expertise n'est pas convaincant puisque les experts n'y discutent pas les nuances figurant dans les examens spécifiques. Elle relève aussi que les experts y retiennent une capacité de travail de 80 % sur le plan psychiatrique, alors que l'expert psychiatre, dans son rapport, mentionnait une capacité de 70 %.

Selon elle, ces éléments devraient conduire à une capacité de travail de 50 % *"dans la mesure où la baisse de rendement qui ne relève pas de la sphère rhumatologique s'applique également sur le temps de présence de 70 %."* Enfin, sur ce point la recourante fait aussi valoir que les limitations fonctionnelles, telles qu'elles sont décrites par l'expert psychiatre, auraient dues être ajoutées aux limitations retenues, car elles sont plus précises et permettent d'affirmer que l'activité habituelle [...] n'est plus adaptée.

**d)** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts concernant la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Cette expertise est claire et convaincante. Elle ne néglige pas d'éléments essentiels au dossier, ni ne laisse apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

En particulier, dans leurs expertises respectives, les spécialistes en rhumatologie, psychiatrie et gastro-entérologie concluent tous à une capacité de travail réduite, mais sans mentionner au surplus de perte de rendement. A cet égard, il ressort en particulier, clairement, de l'expertise gastro-entérologique (expertise pluridisciplinaire, p. 28) que le taux de 80 % se réfère à la capacité de travail et non de rendement comme pourrait le laisser entendre le volet consensuel de l'expertise. De plus, l'expert psychiatre conclut clairement à une capacité de travail de 70 % depuis

septembre 2022, sans mentionner de perte de rendement supplémentaire (celui-ci ne semblant pas faire de véritable distinction entre les notions de capacités de travail et de rendement ; *idem* p. 41). En outre, l'expert en gastro-entérologie indique que l'asthénie est "*a priori plurifactorielle*" et que "*la fatigue peut partiellement être attribuée, à la marge, à la maladie de Crohn*" (*idem* p. 25). Contrairement à ce que prétend la recourante, cet expert ne relie pas l'asthénie aux seuls troubles gastro-entérologiques et ne semble pas faire de distinction entre les termes "fatigue" et "asthénie". Ce dernier diagnostic peut donc aussi prendre en compte la fatigue et la fatigabilité constatées par l'expert psychiatre (*idem* p. 34 et 40), lequel relève aussi que "*les trois affections rhumatologiques, psychiatriques et gastro-entérologiques sont intriquées*" (*idem* p. 35). Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de distinguer la fatigue de l'asthénie mentionnées par les différents experts.

Il ressort de ce qui précède que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'avis consensuel d'une capacité de travail de 70 %, sans perte de rendement supplémentaire, ne va pas à l'encontre de ce qu'avaient retenus les experts dans leurs rapports respectifs. La recourante ne peut donc pas être suivie lorsqu'elle requiert, en plus de l'incapacité de travail retenue, la prise en compte d'une perte de rendement dans le calcul de son degré d'invalidité. En outre, le fait que l'expert psychiatre dans son rapport mentionnait une capacité de travail de 70 % depuis septembre 2022 (expertise pluridisciplinaire p. 41) et non de 80 % comme indiqué dans le volet consensuel (*idem* p. 6) est sans incidence dans le présent cas.

Enfin, on relèvera que le médecin du SMR explique de façon convaincante et détaillée, dans son avis du 13 mars 2025 précité, pour quelle raison les conclusions du rapport du 27 janvier 2025, établi par les psychiatres traitants, ne peuvent être suivies.

Le recours est sur ce point infondé.

**e)** La recourante ne conteste pas en soi les limitations fonctionnelles retenues par les experts. Elle regrette toutefois que

l'expertise consensuelle, puis l'OAI, ne reprennent pas dans leur totalité les limitations mentionnées par l'expert psychiatre.

A cet égard, la recourante relève à raison que les limitations fonctionnelles retenues ne permettent pas de considérer que l'activité de [...] serait encore adaptée. Sur ce point, on peine à comprendre l'expert psychiatre lorsqu'il mentionne que "*l'activité habituelle respecte les limitations fonctionnelles*", soit une activité "*sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanées, sans gestion d'émotions et de stress*" (expertise pluridisciplinaire p. 5). On ne voit en effet pas que l'exercice de cette activité puisse échapper à ces limitations. On ne peut ainsi pas suivre l'avis des experts lorsqu'ils retiennent que la recourante disposerait encore d'une capacité de travail dans l'activité de [...]. L'OAI ne les a d'ailleurs pas suivi sur ce point puisqu'il a retenu une capacité de travail dans l'activité [...] et non comme [...] (cf. *infra* consid. 8b).

**8.** Reste à calculer le degré d'invalidité présenté par la recourante.

**a)** La limitation de 23,8 % retenue par l'OAI dans le ménage n'est pas remise en question par la recourante et il n'y a pas lieu de s'en écarter.

**b)** En revanche, le degré d'invalidité pour la part active reste litigieux. La décision attaquée se réfère aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), TA1, femme, n° 86-88 (santé humaine et action sociale) niveau de compétence 4 aussi bien pour le salaire avec que sans invalidité. Dans son mémoire de réponse, l'OAI a suivi l'argumentation de la recourante en prenant en compte dans son nouveau calcul, pour le revenu sans invalidité, la branche 94 de l'ESS avec niveau de compétence 4, correspondant à l'activité de [...], et pour le revenu avec invalidité, le niveau de compétence 3 de la branche 94, correspondant à l'activité [...], afin de prendre en compte la différence de responsabilité et d'exigences entre les deux fonctions. Cette appréciation

n'est pas critiquable (concernant les niveaux de compétence, cf. TF 8C\_294/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.1.2).

Il n'y a pas lieu de remettre en question les chiffres pris en compte par l'OAI dans ses calculs du 6 juin 2025. Le revenu de personne valide est donc de 113'306 fr. 18 (12 x 8'244 fr. correspondant au salaire brut [valeur centrale] de la rubrique "autres activités et services" [n° 94-96] de l'ESS 2022, TA1, femme, niveau 4, à adapter à la durée normale du travail en 2022 [dans le secteur tertiaire] et à indexer à l'évolution des salaires en 2025). Le revenu d'invalidé est quant à lui de 61'373 fr. 36 (12 x 7'088 fr. correspondant au salaire brut [valeur centrale] de la rubrique "autres activités et services" [n° 94-96] de l'ESS 2022, TA1, femme, niveau 3, avec adaptation à la durée normale du travail en 2022 [dans le secteur tertiaire], indexation à l'évolution des salaires en 2025 et prise en compte d'une déduction forfaitaire de 10 % [art. 26bis al. 3 RAI] et un taux d'activité de 70 %). Le préjudice économique qui découle de la comparaison de ces revenus est partant de 45.83 %.

**c)** Compte tenu du statut et des taux d'empêchement retenus (80 % active, avec perte de gain de 45.8 %, et 20 % occupée aux tâches du ménage, avec empêchement de 23,8 %), le degré d'invalidité global est de 41.4 %, ce qui ouvre le droit à une rente d'invalidité de 27.5 % d'une rente entière (art. 28b LAI).

**9. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que B. \_\_\_\_\_ a droit à 27.5 % d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2025.

**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. 1bis 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.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

(art. 61 let. g LPGA). La liste des opérations déposée le 7 août 2025 par Me Stefano Vivaldo, avocat chez Procap, ne peut pas être suivie s'agissant du tarif horaire sur lequel elle se fonde et s'agissant notamment du temps consacré à la rédaction de la réplique, qui n'était qu'un simple courrier. Du reste, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 25 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que B.\_\_\_\_\_ a droit à 27.5 % d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2025.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour la recourante),
- 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 :