

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante, représentée par Me Elodie Vilardo, avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6 s. et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 28a LAI ; 27^{bis} et 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. a) U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère de quatre enfants (nés entre [...] et [...]). Ressortissante marocaine, elle est entrée en Suisse le [...] et est actuellement au bénéfice d'une autorisation d'établissement. Sans formation, elle a occupé divers emplois dans la restauration et dans l'horlogerie, puis a arrêté de travailler afin de s'occuper de la tenue de son ménage.

Le 8 juin 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'office intimé) en raison de douleurs dorsales en aggravation depuis 2014.

Dans le formulaire de détermination du statut complété le 15 août 2017, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle n'avait plus travaillé depuis le 1^{er} janvier 2014 afin de s'occuper des membres de sa famille.

Dans un rapport du 3 octobre 2017, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitante, a posé le diagnostic incapacitant de lombalgies avec un syndrome radiculaire bilatéral L3-L5 et conclu à une capacité de travail nulle de l'assurée dans toute activité depuis le mois d'octobre 2014. Elle a notamment joint un rapport d'IRM du 28 août 2014 montrant chez l'assurée un état dégénératif avec un rétrécissement ostéo-disco-ligamentaire du foramen L3-L4 gauche sans conflit radiculaire en position couché, une fissure de l'anneau fibreux et une protrusion discale au niveau L5-S1 sans conflit radiculaire.

Dans un rapport du 8 novembre 2018, le Dr N._____, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué des lombalgies chroniques avec irradiations bilatérales dans le contexte d'une discopathie L5-S1 débutante avec hernie discale L5-S1 à gauche. Sans se prononcer sur la

capacité de travail de l'assurée, ce médecin a fait part d'un état psychique vraisemblablement incompatible avec une réadaptation professionnelle. Il a retenu des limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kilos, pas de positions statiques et éviter les mouvements du rachis) malgré l'absence de signes neurologiques déficitaires et l'existence de réflexes symétriques.

L'office AI a mandaté le Centre d'Expertise Médicale de M._____ (M._____) pour la réalisation d'une expertise médicale. Dans son rapport du 14 mai 2019, la Dre A._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics de lumbago chronique avec lombosciatalgies irradiant dans toute la jambe, d'omalgie gauche et de nualgies gauches et conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité lucrative exercée uniquement en position assise sans la possibilité de changer de position et de 100 % dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions. Les limitations fonctionnelles étaient les ports de charges supérieures à 5-10 kg de manière ponctuelle, supérieures à 3-5 kg de manière répétée, et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux.

Le 16 janvier 2020, une enquête économique sur le ménage a été menée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 21 janvier 2020, l'enquêtrice de l'office AI a proposé de retenir un statut de ménagère à plein temps, après avoir constaté que l'assurée avait arrêté de travailler en mars 2003 pour s'occuper de ses enfants et de son époux atteint dans sa santé psychique. L'empêchement ménager était de 44,7 % (en tenant compte de l'aide exigible des enfants).

L'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès de la Dre Z._____, spécialiste en pédiatrie, en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie. Pour ce médecin, l'assurée souffrait de fugue dissociative (F44.1) et de troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens (F44.4), avec comme diagnostic différentiel, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'assurée était inapte à travailler à plein temps, en raison

de ses difficultés relationnelles, d'une hostilité ou agressivité, de bizarreries du comportement, de difficultés dans la gestion des émotions ainsi que d'une hypersensibilité au stress (rapport du 19 mars 2020).

Dans un rapport du 23 mars 2020, la Dre H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une raideur mixte en flexion-extension de l'interphalangienne proximale (IPP) et de l'interphalangienne distale (IPD) de l'index droite avec adhérence des fléchisseurs profond et superficiel de cet index depuis le 12 avril 2019. Cette médecin a évalué la capacité de travail de l'assurée comme entière dans une activité mono-manuelle gauche, avec un pronostic réservé.

Dans un rapport du 14 avril 2020, la Dre K._____ a fait part d'une évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée depuis son précédent rapport avec l'apparition d'une inappétence, d'insomnies en raison d'un état dépressif ainsi que d'une anémie ferriprive. Elle rappelait que l'assurée n'exerçait pas d'activité lucrative et était d'avis que la capacité de travail devait être évaluée par un spécialiste.

Dans un rapport du 28 octobre 2020, la Dre D._____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé les diagnostics de status post-morsure humaine de l'index droit survenu le 4 janvier 2019 et de dystonie de l'index droit avec ankylose métacarpo-phalangienne, interphalangienne proximale et interphalangienne distale, adhérences du fléchisseur superficiel de l'index et allodynie de l'index. Cette médecin a confirmé qu'une activité mono-manuelle gauche était envisageable mais semblait compromise par des comorbidités psychologiques importantes et somatiques (dorsalgies notamment). Selon cette médecin, une expertise pluridisciplinaire pouvait s'avérer nécessaire.

Analysant les éléments médicaux du dossier, le Dr F._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que si les douleurs du rachis avaient déjà été investiguées, l'assurée avait développé un potentiel trouble dissociatif

avec exclusion de l'index droit. Les données à disposition ne permettaient pas de se prononcer sur la capacité de travail dans toute activité, y compris dans une activité ménagère, ni sur les limitations fonctionnelles. Aussi ce médecin a-t-il suggéré la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et chirurgie de la main) avec la possibilité d'ajouter la rhumatologie si les experts le jugeaient nécessaire (avis médical du 11 novembre 2020).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté l'Unité d'expertises médicales du Centre universitaire de médecine générale et santé publique, à [...]. Dans leur rapport interdisciplinaire du 8 novembre 2022, les Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale, I._____, spécialiste en médecine interne générale, et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de cervicalgies chroniques, de plaies avec perte de substance face palmaire P2 D2 (zone 2), d'épisode dépressif d'intensité sévère et de syndrome somatoforme douloureux persistant. Les experts ont conclu à une capacité de travail de l'assurée nulle depuis janvier 2019 en raison de la morsure au doigt, puis pour des raisons psychiques. La pathologie rachidienne imposait l'absence de ports de charge au-delà de 5-10 kilos de manière ponctuelle et de mouvement du tronc en porte-à-faux ainsi que l'alternance des positions. L'atteinte à la main droite impliquait une activité mono-manuelle gauche. Sur le plan psychique, le mini-CIF APP montrait des limitations sévères dans toutes les sphères d'activités avec une incapacité d'adaptation, une réduction drastique des activités spontanées, une incapacité à prendre une décision, une réduction sévère de l'endurance, une incapacité à évoluer au sein d'un groupe et des difficultés de déplacement. Les experts ont par ailleurs indiqué que, globalement, les troubles fonctionnels avancés dans l'enquête ménagère étaient plausibles sur le plan médical et que l'assurée était très limitée dans ses activités ménagères.

Sollicité pour détermination, le Dr F._____ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale pluridisciplinaire (avis médical du 16 décembre 2022).

Par projet de décision du 16 janvier 2023, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer un quart de rente (degré d'invalidité de 45 %) à partir du 1^{er} décembre 2017, au motif qu'il ressortait de l'évaluation économique sur le ménage réalisée en janvier 2020 qu'elle devait être considérée comme une personne sans activité lucrative qui accomplit ses travaux habituels et que ses empêchements s'élevaient à 44,7 %, ce qui correspondait à son degré d'invalidité.

Par décision des 16 mai et 13 juillet 2023, l'office AI a, conformément à son projet de décision, entériné le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2017.

Par arrêt du 6 septembre 2023, le juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rayé la cause du rôle par suite de retrait du recours formé le 19 juin 2023 par U._____ contre la décision du 16 mai 2023 de l'office AI (cause AI 185/23 - 236/2023).

b) Le 19 octobre 2023, l'office AI a reçu un courrier du 17 octobre 2023 de la Dre K._____ mentionnant que l'assurée présentait toujours d'importantes dorsalgies et cervicalgies sur troubles dégénératifs, aggravées par un déconditionnement physique lié à une sarcoïdose pulmonaire avec dyspnée et par un état dépressif sévère traité par plusieurs psychotropes et un suivi régulier de la Dre Z._____. Selon la médecin traitante, la situation médicale ne progressait pas et sa patiente était toujours totalement incapable de travailler. Elle a transmis des rapports d'imageries des 17 mai 2021, 1^{er} mars 2022 et 2 mars 2023.

Dans le questionnaire pour la révision de la rente complété le 17 novembre 2023, l'assurée a annoncé une péjoration de son état de santé remontant aux six derniers mois avec une perte de mémoire.

Dans un rapport du 21 décembre 2023, la Dre Z._____ a écrit ce qui suit :

Actuellement, Madame U._____ est toujours suivie à ma consultation.

Malgré le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré, son état psychique ne s'améliore pas et le pronostic paraît défavorable, voire préjudiciable.

A relever que l'un de ses frères s'est suicidé par pendaison en 2019 ; son père est décédé en mars 2021 et sa mère, âgée de 80 ans, paralysée, atteinte d'un diabète sucré type I, se trouve actuellement en fin de vie.

Sur le plan psychique, l'incapacité de travail à 100% persiste et ce, pour une durée indéterminée.

Symptômes médicaux :

Au cours de nos entretiens, j'ai constaté un ralentissement psychomoteur, une hypomimie, une fatigue importante, un manque d'énergie et de motivation, une attention fluctuante sans trouble de la vigilance ; le discours est pauvre avec une latence aux réponses et parfois même un mutisme.

A signaler une très faible participation de Mme U._____ qui apparaît véritablement effondrée et prostrée.

La patiente manifeste des angoisses massives avec des vomissements, ainsi que des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils précoces ; lorsqu'elle se réveille durant la nuit, elle est désorientée dans l'espace et dans le temps pendant environ 30 minutes). Elle affiche également une thymie triste, une idéation suicidaire, une perte de l'appétit, une isolation sociale, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique.

Diagnostics :

F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques.

F45.4 Syndrome somatoforme douloureux persistant.

Z63.8 Autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat.

Traitement :

Thérapie de soutien et traitement médicamenteux composé de :
Brintellix 20 mg le matin, Escitaloprame 20 mg le soir, Quiétapine XR 150 mg à 18h, Dalmadorme 30 mg au coucher.

Appelé à se prononcer sur la question de savoir si les rapports des Dres K._____ et Z._____ étaient suffisants pour admettre une aggravation de l'état de santé de l'assurée et donc une entrée en matière sur la demande de révision déposée, le Dr T._____, médecin auprès du SMR, a répondu « pas de nouveaux éléments - même état de fait » et proposé de refuser d'entrer en matière (compte rendu de la permanence SMR du 9 janvier 2024).

Par projet de décision du 9 janvier 2024, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait continuer de lui allouer un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 45 % depuis le 1^{er} décembre 2017.

A l'appui de ses objections formulées le 6 février 2024, l'assurée a produit un rapport du 27 septembre 2023 de la Dre Z._____, laquelle confirmait ses précédents diagnostics et son estimation d'une incapacité de travailler totale de l'assurée pour une durée indéterminée.

Dans un rapport du 22 février 2024, la Dre K._____ a indiqué que l'assurée présentait toujours d'importantes dorsalgies et cervicalgies sur troubles dégénératifs ; les douleurs continues nécessitaient un traitement médicamenteux qui n'apportait qu'un léger soulagement. L'assurée se déplaçait avec difficultés, situation qui l'empêchait de tenir son ménage, ces travaux étant effectués par ses enfants. Un état dépressif sévère, traité par plusieurs psychotropes et un suivi régulier auprès de la Dre Z._____, s'ajoutait encore chez l'assurée « bradypsychique anhédonique ». Selon la médecin traitante, la situation ne progressait pas et sa patiente était en totale incapacité de travailler.

Dans un rapport du 7 mars 2024, la Dre Z._____ a écrit ceci :

Je me réfère à mon rapport du 21 décembre 2023 et me permets de vous apporter quelques précisions au sujet de ma patiente, Madame U._____.

Aujourd'hui sa situation ne s'est pas améliorée et je confirme l'incapacité de travail à un taux de 100%. Aux différents diagnostics cités dans ledit rapport, je mentionnerais également une probable modification durable de la personnalité (F62.9) que j'ai constatée au fil des entretiens.

Pour le reste en ce qui concerne l'état psychique de l'assurée, je vous prie de vous référer à mon rapport détaillé du 21 décembre 2023.

L'office AI a soumis le cas de l'assurée au SMR, lequel a retenu, dans un avis du 29 avril 2024 du Dr T._____, que d'un point de vue médical, il ne disposait pas d'éléments objectifs rendant plausible une modification durable des limitations fonctionnelles retenues lors de la demande de prestations initiale.

Par décision du 29 avril 2024, l'office AI a, conformément à son projet de décision, refusé d'augmenter le quart de rente d'invalidité servi depuis le 1^{er} décembre 2017.

B. a) Par acte du 27 mai 2024 (date du timbre postal), complété le 4 juin 2024, U._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 29 avril 2024, en concluant à sa réforme dans le sens qu'elle a droit à un rente basée sur un degré d'invalidité de 100 %. Alléguant une péjoration progressive de son état de santé intervenue depuis 2017 à l'origine de sa prise en charge psychiatrique, elle invoquait également ses ennuis de santé physique, sur la base des rapports de ses médecins versés au dossier.

b) Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2024, l'office AI a, en se référant aux avis du SMR des 9 janvier et 29 avril 2024 versés au dossier, conclu à la réforme de la décision attaquée, dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la demande de réexamen du droit à la rente, en lieu et place d'un refus d'augmenter la rente.

c) Dans sa réplique du 21 octobre 2024, l'assurée, désormais représentée par Me Elodie Vilardo, a pris les conclusions suivantes :

A titre liminaire :

- I.** Une évaluation économique sur le ménage de la recourante est mise en œuvre par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud afin de déterminer le degré d'invalidité de U._____.

A titre principal :

- II.** Le recours est admis.
- III.** La décision litigieuse du 29 avril 2024 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- IV.** U._____ est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité de 100% dès le 17 novembre 2023.

A titre subsidiaire :

- V.** Le recours est admis et la cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle rende une nouvelle décision dans le sens des considérants.

d) Dans sa duplique du 15 novembre 2024, l'office AI a maintenu sa position, estimant qu'il n'était pas nécessaire de réaliser une nouvelle enquête économique sur le ménage.

E n d r o i t :

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. **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 présent, la décision litigieuse du 29 avril 2024 fait suite à la demande de révision déposée le 19 octobre 2023 par la recourante. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application, dans la mesure où, conformément à l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI, l'éventuelle augmentation de la rente ne peut intervenir au plus tôt qu'à partir du mois où cette demande a été présentée.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69

%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

4. a) Conformément à l'art. 17 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).

b) Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des

allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

5. 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 (MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 2 *ad* art. 28a LAI).

b) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI).

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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Une enquête ménagère 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).

7. **a)** En l'occurrence, l'office intimé, s'il a rejeté la demande de révision de la rente déposée par la recourante le 19 octobre 2023, n'est, dans les faits, pas entré en matière sur ladite demande. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - des 16 mai 2023 et 13 juillet 2023 allouant à la recourante un quart de rente d'invalidité - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 29 avril 2024, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 29 avril 2024 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision des 16 mai 2023 et 13 juillet 2023.

b) A titre liminaire, il convient de rappeler que l'office intimé ne conteste pas que la recourante présente une incapacité totale de travailler ainsi que d'importants empêchements dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. L'office intimé a, compte tenu du fait que la recourante était une personne sans activité lucrative qui accomplissait ses travaux habituels, appliqué la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité et retenu que le degré d'empêchement dans l'accomplissement de ses travaux habituels - compte tenu de l'aide exigible des enfants - était de 44,7 %.

c) A l'époque de la décision des 16 mai 2023 et 13 juillet 2023, le Dr F. _____ du SMR avait, dans son avis du 16 décembre 2022, indiqué s'en remettre à l'appréciation pluridisciplinaire des experts de l'Unité d'expertises médicales d'E. _____. Dans leur rapport du 8 novembre 2022, les experts avaient posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec discopathie L5-S1 et protrusion discale L5-S1, de cervicalgies chroniques, de plaie avec perte de substance face palmaire P2 D2 (zone 2) avec synéchies des fléchisseurs et raideurs interphalangienne proximale

et interphalangienne distale séquellaires, d'épisode dépressif d'intensité sévère, et de syndrome somatoforme douloureux persistant. Ils avaient retenu une capacité de travail nulle depuis janvier 2019 en raison de la morsure au doigt puis pour des motifs psychiatriques depuis avril 2019. Concernant les activités ménagères, les experts avaient précisé que la recourante ne devait pas porter de charges avec sa main droite et qu'elle était dans l'impossibilité d'effectuer des gestes nécessitant une dextérité ou une force digitale, comme couper des légumes ou de la viande ou bien des travaux de couture ; à l'inverse, elle pouvait saisir les objets (aspirateur, fer à repasser) et préparer à manger (sans couper) sans solliciter son index droit. Les seules entraves au ménage étaient donc la découpe des aliments, la couture ou le tricot, ainsi que les travaux lourds. L'état d'effondrement attesté par la psychiatre traitante depuis avril 2019 entravait toutes les sphères d'activités, dont la participation aux travaux ménagers, et était à l'origine d'un isolement social complet. Globalement, les experts avaient retenu que les troubles fonctionnels avancés dans l'enquête ménagère réalisée le 16 janvier 2020 étaient plausibles sur le plan médical et que la recourante était très limitée dans l'accomplissement de ses travaux ménagers.

d) A l'appui de sa demande de révision de rente du 19 octobre 2023, la recourante a fait verser au dossier des rapports de ses médecins traitantes.

A cet égard, les rapports des 17 octobre 2023 et 22 février 2024 de la Dre K. _____ n'apparaissent pas déterminants dès lors qu'ils ne contiennent aucun élément qui attesterait une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision d'octroi du quart de rente a été établie. Cette médecin souligne l'existence d'importantes dorsalgies et cervicalgies de nature dégénérative dont elle soutient qu'elles se sont aggravées en raison d'un déconditionnement physique lié à une sarcoïdose pulmonaire avec dyspnée, situation à laquelle s'ajoute un état dépressif sévère traité par plusieurs psychotropes et un suivi régulier par la Dre Z. _____. Or les experts de l'Unité d'expertises médicales d'E. _____ avaient connaissance aussi bien des

atteintes somatiques, existantes de longue date, que de l'épisode dépressif d'intensité sévère, traité depuis avril 2019.

Dans ses rapports successifs, la Dre Z._____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère, de syndrome somatoforme douloureux et de possible modification durable de la personnalité chez sa patiente. Elle ne rapporte aucun élément médical objectif nouveau et retient toujours une incapacité totale de travailler de sa patiente, ce qui n'est pas contesté.

Force est de constater que la situation n'a pas sensiblement évolué sur le plan médical, l'état de santé de la recourante justifiant, quoi qu'il en soit, toujours une incapacité totale de travailler.

e) Par ailleurs, il ne ressort des pièces produites aucun élément - qu'il soit de nature médicale ou de nature économique - qui justifierait de procéder à une nouvelle évaluation économique sur le ménage. En particulier, il n'est pas fait état de modification dans la structure familiale qui justifierait de procéder à une nouvelle appréciation de l'aide exigible des enfants.

f) Aussi, c'est de manière conforme au droit fédéral que l'office intimé n'est, dans les faits, pas entré en matière sur la demande de révision de la rente déposée par la recourante le 19 octobre 2023.

8. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

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

9. a) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Elodie Vilaro peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 9 décembre 2024, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'030 fr. 60, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 avril 2024 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Elodie Vilardo, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'030 fr. 60 (trois mille trente francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Elodie Vilardo (pour U._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :