

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2024

Composition : M. NEU, président
M. Peter et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

F._____, à **J.**_____, (Portugal), recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante portugaise, F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, est entrée en Suisse en 1985 et est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle, elle a travaillé dès 2003 en tant que femme de ménage dans un collège privé.

Le 22 juin 2008, l'assurée a présenté une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite après être tombée en sortant de son véhicule, ce qui a nécessité plusieurs interventions chirurgicales pratiquées les 3 décembre 2008, 30 janvier 2009 et 5 février 2009.

En incapacité totale de travail depuis le 3 décembre 2008, l'assurée a déposé, le 24 juin 2009, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans un avis médical du 6 janvier 2010, le Dr T. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que l'assurée avait pu reprendre son travail à 50 % à la fin du mois de juin 2009 puis à 100 % dès le 3 août 2009, tout en bénéficiant de quelques aménagements.

Par décision du 24 février 2010, l'office AI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, le 3 décembre 2009, elle ne présentait aucune invalidité au sens de la loi.

b) Le 15 janvier 2014, l'assurée a été victime d'un nouvel accident, lors duquel elle est tombée sur l'épaule gauche après avoir glissé sur une plaque de verglas.

Souffrant d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, elle a fait l'objet d'une intervention chirurgicale réalisée le 21 février 2014.

Le 10 juillet 2014, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par deux décisions séparées du 10 septembre 2015, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Selon les renseignements médicaux en sa possession, elle avait présenté les incapacités de travail et de gain suivantes : 100 % du 16 janvier au 15 décembre 2014, 50 % du 16 décembre 2014 au 14 janvier 2015, 100 % du 15 janvier 2015 au 15 février 2015 et 50 % du 16 février 2015 au 31 mars 2015. Dès le 1^{er} avril 2015, elle avait repris son activité habituelle de femme de ménage à plein temps. Au vu de ces éléments, elle présentait, à l'expiration du délai de carence d'une année, le 16 janvier 2015, une incapacité de travail et de gain moyenne de 95,6 %, ce qui ouvrait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2015. Cette prestation devait cependant être remplacée par une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015, basée sur un degré d'invalidité de 50 %, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée, avant d'être supprimée au 30 juin 2015, compte tenu de la reprise d'une activité à plein temps au 1^{er} avril 2015. Aussi l'assurée avait-elle droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2015 au 30 avril 2015 et à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai 2015 au 30 juin 2015.

c) Souffrant de douleurs persistantes et d'une perte de force à l'épaule droite à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 21 novembre 2017, l'assurée a déposé, le 16 avril 2018, une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

S'exprimant, dans un avis médical du 20 août 2019, sur les renseignements médicaux versés au dossier, le Dr D._____, médecin auprès du SMR, a retenu une évolution défavorable de la lésion de la coiffe des rotateurs, plus importante à droite qu'à gauche, depuis novembre

2017. Bien que la pose d'une prothèse totale de l'épaule ait été évoquée, les limitations fonctionnelles ne devraient pas significativement s'améliorer. Il a ainsi jugé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le mois de novembre 2017, alors qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (pas de port de charges excédant 2 kg, pas de travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, travail à hauteur d'une table, pas de mouvement contre résistance avec les membres supérieurs, pas d'utilisation d'échelles).

Par décision du 6 avril 2020, l'office AI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, motif pris que, après comparaison des revenus sans et avec invalidité - fixés respectivement à 48'732 fr. et à 52'059 fr. 48 compte tenu d'un abattement de 5 % motivé par les limitations fonctionnelles -, le préjudice économique subi était nul.

Par décision du 7 mai 2021, le Service de l'emploi, Instance juridique chômage (depuis le 1^{er} juillet 2022 : Direction générale de l'emploi et du marché du travail), a déclaré l'assurée inapte au placement à partir du 1^{er} avril 2021, au motif que, selon l'avis du médecin-conseil, il n'était pas possible de définir une capacité de travail et qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable.

d) Invoquant des douleurs et une limitation des mouvements des épaules, l'assurée a déposé, le 28 mai 2021, une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité, traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI du 2 juin 2021).

Dans un rapport du 19 septembre 2021, le Dr P._____, médecin traitant, a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de rupture tendineuse à l'épaule droite, à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 4 décembre 2017. D'après ce médecin, l'assurée n'était pas en mesure de reprendre l'exercice d'une activité lucrative en raison de l'impossibilité de travailler avec ses deux bras. Il a joint à sa correspondance les comptes-rendus d'examens et de consultations entre 2014 et 2021, parmi lesquels figuraient les rapports

établis respectivement les 17 janvier 2020 par le Prof. H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et 5 mars 2020 par le Dr K._____, médecin praticien.

Après avoir analysé les éléments médicaux recueillis, le Dr D._____ a conclu en ces termes son avis médical du 12 novembre 2021 :

« L'ensemble des éléments à disposition met en évidence, malgré une aggravation des plaintes reprise par le médecin traitant, une situation objectivement similaire à celle déjà retenue précédemment sur le plan somatique (atteinte plus importante à l'épaule droite qu'à l'épaule gauche), qui n'a toujours pas nécessité de pose de prothèse. Aucun élément ne permet de retenir l'atteinte psychique évoquée. L'évocation d'une fibromyalgie est fluctuante selon les spécialistes, peu étayée, avec des plaintes présentes depuis plusieurs années qui n'ont pas été fonctionnellement incapacitantes auparavant, sans comorbidité psychique objectivée. Nous ne mettons pas en évidence une aggravation significative et objective. Les précédentes conclusions restent valables. »

Par projet de décision du 15 novembre 2021, l'office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité), au motif que, en l'absence d'une aggravation significative et objective de son état de santé, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible, si bien que le préjudice économique subi demeurerait inchangé par rapport à la décision du 6 avril 2020.

Par courrier du 3 janvier 2022, l'assurée a soulevé des objections à l'encontre de ce projet de décision. Elle faisait valoir qu'une aggravation manifeste de son état de santé était attestée par diverses pièces au dossier et qu'il en résultait des limitations fonctionnelles faisant obstacle à toute capacité résiduelle de travail, ce qu'avait du reste admis le Service de l'emploi. Aussi estimait-elle avoir droit à une rente entière d'invalidité à compter du 21 novembre 2017. A l'appui de ses allégations, elle a joint un rapport établi par le Dr P._____ le 18 décembre 2021.

Après avoir requis l'opinion du Dr D._____ (avis médical du 1^{er} février 2022), l'office AI a, par décision du 1^{er} février 2022, entériné

son refus de prester, conformément à son projet de décision du 15 novembre 2021. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 2 mars 2022, F._____, représentée par Me Yero Diagne, avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 1^{er} février 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

L'assurée a exposé que, dans un questionnaire rempli le 18 décembre 2021, le Dr P._____ avait fait état d'un diagnostic incapacitant concernant les deux épaules avec limitations fonctionnelles et algiques des deux membres supérieurs, ainsi que d'un état anxiodépressif réactionnel. De plus, il avait attesté d'une incapacité totale de travail. Ainsi, l'avis du SMR du 12 novembre 2021, sur lequel reposait la décision entreprise, était mal fondé en tant qu'il se référait à des pièces médicales antérieures à la péjoration de l'état de santé survenue entre 2020 et 2021. L'office AI ne pouvait donc pas retenir qu'il n'existait aucune aggravation significative des troubles liés aux épaules, ce d'autant que, depuis la décision du 6 avril 2020, l'assurée avait essayé de s'adonner à des tâches on ne peut plus simples, d'abord dans le cadre de l'assurance-chômage puis sous l'égide de l'assurance-invalidité. Or, malgré sa bonne volonté, attestée par divers intervenants, son état de santé ne lui permettait plus de reprendre l'exercice d'un quelconque travail, même dans le domaine du conditionnement simple. Cela étant, outre des affections rhumatologiques objectivables, il ressortait de plusieurs pièces au dossier qu'elle souffrait également d'une fibromyalgie, voire d'une atteinte psychique. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'office AI ne pouvait pas simplement déclarer que la situation prévalant en 2021 était superposable à celle des années précédentes pour en déduire qu'il n'y avait pas d'aggravation significative. Aussi fallait-il admettre une violation de la maxime inquisitoire, faute d'investigation à ce propos. L'assurée a dès lors

sollicité, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

b) Dans sa réponse du 12 mai 2022, l'office AI a relevé avoir soumis au SMR les pièces médicales produites dans le cadre de la demande de prestations du 28 mai 2021. Selon les avis établis les 12 novembre 2021 et 1^{er} février 2022, ces documents mettaient en évidence une situation objectivement similaire à celle retenue précédemment sur le plan somatique. Par ailleurs, aucun élément ne permettait d'admettre l'existence de l'atteinte psychique évoquée. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique ne se justifiait pas. Partant, l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) A l'appui de sa réplique du 1^{er} juin 2022, l'assurée a produit un questionnaire médical complété le 12 mars 2022 par le Dr P. _____ ; à la question de savoir si les affections et les limitations dont souffrait sa patiente s'étaient aggravées entre 2020 et 2022 et, si oui, en quoi exactement, ce médecin avait répondu : « douleurs, faiblesse dans les membres supérieurs et état dépressif » ; à ce questionnaire, l'assurée a encore joint trois certificats médicaux aux termes desquels le Dr P. _____ avait attesté une incapacité totale de travail pour les mois d'avril, mai et juin 2022. Elle en inférait que son état de santé s'était bel et bien aggravé entre 2020 et 2022. Au demeurant, elle observait que, dans sa réponse, l'office AI ne s'était pas prononcé sur les pièces médicales documentant une atteinte psychique. En conséquence, l'assurée a déclaré confirmer « les conclusions et mesures d'instruction requises dans son recours du 2 mars 2022 ».

d) Dupliquant en date du 14 juin 2022, l'office AI a indiqué avoir soumis les pièces produites en réplique au Dr D. _____, médecin auprès du SMR. Dans son avis médical du 9 juin 2022, celui-ci a estimé que les documents transmis n'apportaient pas d'éléments nouveaux significatifs, si bien que ses précédentes conclusions demeuraient valables. Aussi l'office AI a-t-il derechef conclu au rejet du recours.

e) Par pli du 30 juin 2022, l'assurée a pris acte que le SMR avait, dans son avis du 9 juin 2022, conclu à tort à une situation médicale inchangée. Or, compte tenu de l'aggravation progressive de son état de santé, elle devait prochainement consulter le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, dont elle ne manquerait pas de transmettre le rapport rédigé à cette occasion. Elle a confirmé ses conclusions, de même que sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire.

f) Le 10 octobre 2022, l'assurée a produit le rapport établi par le Dr Z._____ le 15 septembre 2022. Ce médecin y posait les diagnostics suivants : fibromyalgie avec douleurs musculosquelettiques multiples, diffuses, chroniques et récurrentes ; douleurs bilatérales aux épaules dans le contexte d'une arthrose acromio-claviculaire et d'une tendinopathie du sus-épineux ; sensibilité voire douleur interphalangienne diffuse sur arthrose digitale débutante ; cervicalgies de caractère musculaire dysfonctionnel avec rectitude cervicale ; trouble statique de platypodie antérieur transverse ; tendinopathie fibreuse bilatérale ; ostéoporose traitée ; céphalées récurrentes ; dyssomnie ; troubles dépressifs récurrents. L'assurée faisait remarquer que le Dr Z._____ avait notamment posé le diagnostic de fibromyalgie, au sujet duquel elle avait déjà déploré l'absence d'investigations. Elle a déclaré confirmer « les conclusions prises avec les mesures d'instruction requises dans le recours du 2 mars 2022 ».

g) A son courrier du 31 octobre 2022, l'office AI a joint l'avis médical établi le 25 octobre 2022 par le Dr D._____, médecin auprès du SMR. Selon lui, bien que la présence de signes dégénératifs soit possible comme dans une grande partie de la population générale active, le rapport du Dr Z._____ du 15 septembre 2022 ne permettait pas d'objectiver, hormis pour les épaules, un status clinique significativement altéré avec de nouvelles limitations fonctionnelles, au point de diminuer la capacité de travail dans une activité adaptée. Se ralliant à cette appréciation, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

h) Le 14 décembre 2022, l'assurée a produit un nouveau rapport médical établi le 8 décembre 2022 par le Dr Z._____. Tout en confirmant le diagnostic de fibromyalgie, ce médecin estimait qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur l'existence d'une éventuelle capacité de travail résiduelle, cette tâche étant du ressort du médecin traitant, lui-même ayant été mandaté pour établir des diagnostics et proposer des recommandations thérapeutiques appropriées. Pour le reste, il considérait que l'avis du Dr D._____ était inconsistant et qu'une expertise médicale devait être diligentée « afin de déterminer l'atteinte à la santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de [l'assurée] ». L'assurée a confirmé ses conclusions, ainsi que les mesures d'instruction requises dans son écriture du 2 mars 2022.

C. Le 31 janvier 2023, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises U._____ à S._____ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne) de F._____. Déposé le 29 août 2023, le rapport de synthèse (expertise consensuelle) se fondait sur un examen de médecine interne du 6 juin 2023 (Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale), un examen psychiatrique du 27 juin 2023 (Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), ainsi qu'un examen rhumatologique du 28 juin 2023 (Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie). Les signataires du rapport de synthèse (Drs G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin superviseur, X._____ et M._____) en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 15 août 2023. Sur la base de leurs constatations, les experts ont posé les diagnostics suivants :

- Syndrome polyalgique diffus ou fibromyalgie R52.2
- Omalgies bilatérales chroniques avec : M79.6
 - Arthrose acromio-claviculaire
 - Tendinopathie et rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs (sus- et sous-épineux), avec
 - o A droite acromioplastie et tendinoplastie du sous-épineux à deux reprises entre 2008 et 2009

- o Acromioplastie en 2014 à l'épaule gauche
- Ostéoporose densitométrique traitée, non fracturaire
M82
- Dysthymie
F34.1

Au terme de leur analyse, les experts ont retenu que, en raison de la rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, l'activité habituelle d'employée de ménage et d'aide à la cantine n'était plus exigible, si bien que la capacité de travail dans cette profession était nulle depuis le mois de novembre 2017, date à laquelle une recrudescence des douleurs avait été notée et où une IRM avait décrit une coiffe totalement rompue. En revanche, dans une activité adaptée, ils ont estimé que la capacité de travail était de 80 % depuis 2020, date à laquelle avaient été mentionnées une aggravation et une diffusion des douleurs. Pour correspondre de manière optimale au handicap de l'assurée, cette activité devait revêtir les caractéristiques suivantes : « activité professionnelle physiquement légère, sans utilisation répétitive des épaules, notamment mouvements répétitifs de rotation externe, interne, abduction, absence de nécessité d'effectuer des mouvements d'abduction avec l'épaule droite ou de rotation externe, activité non répétitive avec variation de position, non soumise à un rendement. Absence de levage de charges d'un poids supérieur à 4 kg. » Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique.

A ses déterminations du 25 septembre 2023, l'office AI a joint l'avis médical établi le 13 septembre 2023 que le Dr D. _____ concluait en ces termes :

« Sur le plan rhumatologique, bien que l'expertise soit compatible avec l'appréciation du SMR concernant l'absence d'aggravation significative des lésions objectivables depuis 2017, il est difficile de retenir une absence de modification de l'état de santé postérieure à 2019, puisqu'un diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus est retenu depuis 2020. Il est également difficile de comprendre en quoi la capacité de travail dans une activité adaptée serait diminuée de 50 % depuis 2017 sur le plan rhumatologique, alors que ceci est peu étayé et n'est pas retenu sur le plan consensuel. Par rapport à l'appréciation médico-théorique réalisée par le SMR sur la base des éléments à disposition, l'appréciation

consensuelle des experts diverge par une capacité de travail de 80 % retenue dans une activité adaptée en raison du syndrome polyalgique idiopathique diffus, dont l'intensité des douleurs est pondérée par l'examen de la cohérence, ce que nous pouvons admettre au vu du travail expertal pluri-disciplinaire conséquent réalisé. La recommandation d'une « reprise très progressive sur 3-6 mois » reste ambivalente ; pouvant indiquer que la capacité de travail dans une activité adaptée est nulle et sera de 80 % dans 3-6 mois, ou que la capacité de travail dans une activité adaptée est déjà de 80 % avec une reprise progressive entièrement due à un déconditionnement au travail, ce qui semble le plus vraisemblable puisque les experts indiquent une seule raison de « longue absence hors du monde du travail ». Les conclusions consensuelles des experts semblent davantage étayées et devraient être retenues. Cependant, il semblerait opportun de questionner les experts quant à la cohérence des volets spécialisés avec l'appréciation consensuelle, et la confirmation d'une capacité de travail dans une activité adaptée médico-théorique de 80 % indépendamment d'un déconditionnement ».

Après avoir relevé que la décision de refus de rente du 6 avril 2020 était entrée en force et qu'il convenait d'examiner une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée postérieurement à cette décision, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 11 octobre 2023, l'assurée a souligné que l'expertise du 29 août 2023 contenait une contradiction interne ; en effet, dans leur évaluation consensuelle, les experts avaient retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée en raison des atteintes rhumatologiques, tandis que l'expert rhumatologue avait jugé, au terme de son évaluation, qu'elle n'excédait pas 50 %. Par ailleurs, à l'instar du SMR, elle estimait que l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites n'était pas pleinement convaincante. L'assurée a ensuite expliqué pour quels motifs elle estimait que les mesures d'instruction complémentaires nécessitées par l'évolution de son état de santé global depuis 2020 devaient être mises en œuvre par l'office AI après l'admission du recours dans sa conclusion subsidiaire (annulation de la décision entreprise et renvoi de la cause à l'office AI).

Par courrier du 26 octobre 2023, l'office AI a indiqué que lorsqu'une instruction complémentaire concernant les atteintes à la santé et la capacité de travail exigible s'avérait nécessaire en raison des

insuffisances d'une expertise judiciaire, il convenait de faire procéder à un complément d'expertise, voire de diligenter une nouvelle expertise judiciaire.

Dans une correspondance du 12 décembre 2023 faisant suite à un courrier du magistrat instructeur du 27 novembre 2023, les Drs X._____, G._____, M._____ et B._____ ont expliqué qu'à la suite d'une erreur administrative, la version provisoire du rapport du Dr B._____ avait été transmise au mois d'août précédent. Or celui-ci avait modifié son appréciation à la suite du colloque de synthèse, si bien qu'il convenait de retenir une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, tant sur le plan rhumatologique que consensuel. Aussi la version définitive du rapport du Dr B._____ datée du 16 août 2023 et incluant ses corrections a été adressée à la Cour de céans, de même que le rapport d'expertise consensuelle daté du 12 décembre 2023 et signé par les quatre experts prénommés. Tout en déplorant cette erreur ayant pu affecter la valeur probante de l'expertise réalisée, ceux-ci ont encore indiqué ce qui suit :

« Vous posez aussi la question concernant la capacité de travail entière avec un rendement diminué de 20 % alors même qu'il est expliqué que l'activité réputée adaptée à laquelle l'assurée peut être renvoyée ne devrait être soumise à aucun rendement.

Il faut remettre la phrase « ne devrait être soumise à aucun rendement » dans son contexte, dans la description des limitations fonctionnelles dans le rapport rhumatologique (p. 6) et consensuel (p. 4-5). Dans cette phrase, le mot rendement, possiblement employé à mauvais escient, sous-entend un rendement de cadence, c'est-à-dire que l'assurée ne doit pas être soumise à un travail à la chaîne. Il ne sous-entend pas performance en lien avec la capacité de travail.

Concernant l'évolution de la capacité de travail, dans l'activité habituelle, nous retenons une capacité de travail nulle depuis novembre 2017, date où l'on note une recrudescence des douleurs au niveau de l'épaule droite. Dans une activité adaptée, la capacité de travail théorique a été de 100 % de 2017 jusqu'à fin 2019. A partir de 2020 où sont mentionnées une aggravation et une diffusion des douleurs avec diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus, nous retenons une capacité de travail de 80 %. Nous retenons que la capacité de travail est déjà de 80 %, mais préconisons une reprise progressive sur 3 à 6 mois en raison d'un déconditionnement au travail.

Nous espérons ainsi avoir pu répondre à vos questions et nous sommes encore désolés pour cette erreur administrative.

[Salutations] »

A son pli du 16 janvier 2024, l'office AI a joint l'avis médical établi le 8 janvier 2024 par le Dr V._____, médecin auprès du SMR. S'agissant de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, ce médecin observait que les experts la situaient en 2020, sans en préciser le mois. D'après leurs explications, ils suivaient les rapports médicaux mentionnant une aggravation et une diffusion des douleurs avec diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus. Outre que cette atteinte n'était évoquée que dans un seul rapport établi le 30 juin 2021 par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, le syndrome douloureux chronique mentionné en mars 2020 par le Dr K._____ ne correspondait pas à un diagnostic reconnu internationalement. Aussi, le Dr V._____ a jugé qu'il convenait de retenir comme date d'aggravation le 9 février 2021, correspondant à la nouvelle période d'incapacité totale de travail attestée dès ce jour-là par le Dr P._____ dans un certificat médical daté du même jour. Au surplus, l'office AI a joint un calcul du salaire exigible et un calcul du degré d'invalidité fixé - après comparaison des revenus sans et avec invalidité - à 21,8 %. Il a conclu au rejet du recours.

Par écriture du 18 janvier 2024, l'assurée s'est attachée à exposer pour quels motifs les explications fournies par l'Unité d'expertises U._____ dans son courrier du 12 décembre 2023 achevaient de la convaincre du caractère approximatif, donc non probant, de l'analyse effectuée et des conclusions qui en avaient été tirées dans le cadre de l'expertise. En outre, elle a souligné que, compte tenu de l'aggravation de son état de santé survenue postérieurement à la décision du 6 avril 2020, il convenait de renvoyer le dossier à l'office AI afin qu'il procède à un calcul du degré d'invalidité, de même qu'il lui incombait d'examiner le dossier sous l'angle de la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite. Cette manière de procéder devait permettre de respecter le droit d'être entendu de l'assurée, laquelle disposerait ainsi de la garantie de la double instance en cas de nouvelle contestation. Elle a

enfin tenu à apporter des précisions à divers remarques et commentaires contenus dans l'expertise, voire dans des avis du SMR, dont la simple lecture pouvait conduire à relativiser la gravité de son état de santé. L'assurée a une nouvelle fois confirmé les conclusions de son recours.

Par écriture du 15 février 2024, l'assurée a répété que la modification *a posteriori* du volet rhumatologique de l'expertise de l'Unité d'expertises U. _____ suffisait à disqualifier celle-ci dans son ensemble. Elle était par ailleurs d'avis que l'appréciation d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée était insoutenable ; d'une part, elle ne correspondait pas à l'avis initial de l'expert rhumatologue et, d'autre part, elle ne résistait pas aux constats opérés dans le cadre des mesure mises en œuvre par l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité. Au demeurant, l'appréciation expertale de la capacité de travail procédait d'une approche médico-théorique. Elle contestait en outre le calcul du salaire exigible et, par voie de conséquence, celui du degré d'invalidité. Enfin, elle a rappelé avoir bénéficié d'une rente limitée dans le temps en 2015, alors même que sa situation médicale n'était pas aussi dégradée qu'actuellement. L'assurée a confirmé ses conclusions.

Le 20 février 2024, l'office AI a relevé que les arguments développés par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en cause son analyse, si bien qu'il a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

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. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est aggravé - de manière à influencer son droit à la rente entre le 6 avril 2020, date de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente et le 1^{er} février 2022, date à laquelle l'office intimé s'est prononcé sur la demande de révision de la rente.

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, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2022, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit. En effet, la demande de prestations a été déposée en mai 2021, de sorte qu'un éventuel droit aux prestations prendrait naissance avant le 1^{er} janvier 2022. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement

intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose 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 conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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 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) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, 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 convient 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014

consid. 3.1 ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

6. 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).

7. a) En l'espèce, aux termes de la décision attaquée, l'office intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès lors que son état de santé ne s'était pas aggravé au point d'avoir une incidence significative sur son droit à la rente tel que retenu dans la décision du 6 avril 2020.

b) La recourante conteste cette appréciation en faisant valoir que ses problèmes de santé somatiques et psychiques excluent toute capacité de travail en quelque activité que ce soit.

c) Il est constant que l'assurée s'est vu allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2015 au 30 avril 2015 puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai 2015 au 30 juin 2015, eu égard aux atteintes aux épaules résultant des accidents dont elle avait été victime les 22 juin 2008 et 15 janvier 2014. Au regard de l'objet du présent litige, il n'y a pas lieu de revenir sur l'octroi de ces prestations, mais il convient d'examiner si, comme elle le prétend, son état de santé s'est aggravé entre la dernière décision de refus de prestations – entrée en force – du 6 avril 2020 et la décision querellée rendue le 1^{er} février 2022. Le magistrat

instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Unité d'expertises U._____, à S._____.

8. Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire pluridisciplinaire réalisée par l'Unité d'expertises U._____.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 29 août 2023, tel que complété le 12 décembre 2023, et ses annexes répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Dans toutes les spécialités médicales, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle et psychosociale), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. Les experts se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné la recourante, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de la recourante, y compris dans le cadre de l'accomplissement des tâches ménagères. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées.

aa) Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique est marqué par des limitations algiques de la mobilisation des membres supérieurs des deux côtés. Cependant, le Dr B._____ n'a pas constaté d'amyotrophie focale visible ni de fasciculation musculaire. Il n'a pas non plus relevé d'inflammation des différentes articulations ni de rougeur, pas plus qu'il n'a observé un épaissement ou des crépitations au niveau des tendons d'Achille annoncés comme douloureux. Considérant l'infiltration graisseuse des muscles supra- et infra-épineux objectivée à l'IRM de l'épaule droite réalisée en juillet 2020, l'expert a jugé qu'elle pouvait témoigner d'une perte de fonction de ces muscles et d'une partie de la

mobilisation de l'épaule, notamment pour les mouvements de rotation externe, le maintien de l'humérus dans l'articulation gléno-humérale, et l'abduction du bras. Il a ainsi retenu des omalgies bilatérales chroniques dans le cadre d'une arthrose acromio-claviculaire, d'une tendinopathie et d'une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs, avec à droite une acromioplastie et une tendinoplastie du sous-épineux effectuées à deux reprises en 2008 et 2009, et une acromioplastie à l'épaule gauche réalisée en 2014. Tout en ne remettant pas en cause l'authenticité des douleurs diffuses de l'appareil locomoteur, l'expert a déclaré que le passage à la chronicité était difficile à expliquer d'un point de vue biomédical. Ainsi, les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'assurée contrastaient avec l'absence de raideur importante, de même qu'il existait une grande disparité entre les plaintes majeures et l'examen clinique relativement pauvre, hormis l'annonce de multiples douleurs. Dans la mesure où la douleur n'était pas mesurable et ne pouvait être ni prouvée ni réfutée médicalement, le Dr B. _____ a jugé que les conditions psychosociales prenaient le pas sur la situation médicale. Il existait dès lors, selon lui, des interactions entre cognition, émotions, comportements, réactions corporelles et facteurs sociaux. Certes, la recourante présentait une ostéoporose, mais l'absence de fracture n'expliquait pas les douleurs diffuses alléguées, l'existence d'une tumeur ou d'un cancer ayant par ailleurs été écartée. Dans ce contexte, à l'instar du Dr C. _____, le Dr B. _____ a retenu le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus ou fibromyalgie.

bb) Sous l'angle psychiatrique, le Dr M. _____ n'a pas observé, durant l'entretien, de ralentissement, ni de fatigue ou de fatigabilité, pas plus qu'il n'a mis en évidence un trouble de l'attention ou de la vigilance. Il n'y avait pas non plus de trouble grossier de la mémoire ou de la concentration, ni de trouble du langage. L'assurée était orientée aux quatre modes (quant au temps, à l'espace, à elle-même et à la situation). Le discours était structuré, cohérent, contributif et participatif. Le focus était conservé et partagé, l'interlocuteur se sentant pris en compte. Les éléments factuels étaient rapportés de manière un peu désordonnée mais pouvaient facilement être clarifiés par des questions

ciblées. Si les éléments affectifs étaient relatés de manière sommaire, ils étaient néanmoins présents. L'expert n'a pas non plus constaté de signes ou de symptômes de la lignée psychotique, en particulier pas de trouble du Moi, pas de trouble formel de la pensée ni d'éléments délirants. La thymie était par moments abaissée mais elle restait néanmoins modulable avec une bonne adéquation idéo-affective. Les plaintes d'ordre somatique étaient énoncées avec authenticité, tandis qu'il n'y avait pas de plainte de nature psychologique, hormis une tristesse liée à l'état de santé et aux limitations entraînées par celui-ci. L'examen psychiatrique et l'anamnèse ont permis au Dr M. _____ d'exclure un trouble de la personnalité, de même qu'un état anxio-dépressif réactionnel et un trouble dépressif récurrent, tels qu'évoqués par les Drs P. _____ et Z. _____. L'expert a également écarté l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant en l'absence de détresse et de stressseurs psychosociaux majeurs. En revanche, il a retenu le diagnostic de dysthymie en présence d'une altération légère de l'humeur et d'une fluctuation de celle-ci. Il a encore relevé qu'il n'y avait pas de traitement psychiatrique, ni de médication psychotrope en cours et qu'il n'y en avait jamais eu.

cc) Du point de vue de la médecine interne générale, la Dre X. _____ a relevé le bon état général de l'assurée, celle-ci étant afebrile, anictérique et sans adénopathie. L'auscultation cardiaque était physiologique, sans signe d'insuffisance cardiaque, le pouls étant régulier à 65 battements par minute. Au status pulmonaire, l'auscultation et la percussion étaient physiologiques, l'intéressée étant eupnéique. S'agissant du status digestif, l'abdomen était plat, souple et indolore, sans hépato-splénomégalie. Au status neurologique, l'assurée était bien orientée dans le temps et l'espace ; les nerfs crâniens étaient sans particularité ; les réflexes ostéotendineux étaient très vifs et symétriques ; la force et la sensibilité étaient conservées aux quatre membres ; la coordination était correcte mais difficile à réaliser avec le membre supérieur droit ; le Romberg et le Mingazzini étaient bien tenus mais le membre supérieur droit ne pouvait être maintenu à l'horizontale en raison des douleurs. Quant au status locomoteur, la Dre X. _____ a constaté une diminution de l'amplitude des mouvements des épaules, surtout à

droite. A la demande, l'assurée parvenait à peine à lever le membre supérieur droit à 30°. La distance pouce-C7 à gauche était de 5/40 cm, alors qu'à droite ce mouvement était impossible à effectuer. L'abduction à gauche était possible jusqu'à 90°, tandis que l'abduction du membre supérieur droit était d'environ 45°. La palpation du rachis était très légèrement douloureuse au niveau cervical, mais indolore aux niveaux dorsal et lombaire. Les mouvements de rotation de la nuque étaient sans particularité. La distance menton-sternum était de 0/25 cm. Il n'y avait pas d'inflammation des articulations périphériques. La palpation des tendons d'Achille était douloureuse des deux côtés, mais sans signe inflammatoire visible. De même, la palpation de la zone métatarsienne du pied gauche était douloureuse, mais sans inflammation perceptible. La Dre X. _____ a encore relevé que tous les points de fibromyalgie étaient décrits comme douloureux à la pression, tout comme les points contrôlés.

dd) Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont exposé que le problème principal de l'assurée était d'ordre rhumatologique. En effet, elle présentait des douleurs diffuses prédominant au niveau de l'épaule droite et de la cheville gauche, sans notion de tuméfaction articulaire ni de raideur matinale. Le fond douloureux était chronique, diurne et nocturne, avec une intensité douloureuse estimée en moyenne entre 50 et 100 mm sur l'échelle visuelle analogique graduée de 0 à 100 mm. Il n'en demeurait pas moins que le passage à la chronicité des douleurs était difficilement explicable médicalement. A l'instar du Dr K. _____ et du Prof. H. _____, les experts ont retenu une aggravation et une diffusion des douleurs dès le début de l'année 2020, ayant conduit ces médecins à retenir l'existence d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus. Un tel diagnostic ne remettait cependant pas en cause l'authenticité des plaintes de l'assurée même si, malgré l'annonce de douleurs diffuses importantes, l'intéressée ne prenait pas de médication antalgique en continu. L'assurée estimait qu'elle n'était plus en mesure d'utiliser son membre supérieur droit, alors même que ses difficultés n'étaient pas explicables par des atteintes objectives. L'examen clinique avait du reste permis aux experts de constater que la recourante parvenait à mobiliser le membre supérieur droit pour se déshabiller.

Certes, il existait des limitations concernant le ménage, mais l'assurée bénéficiait de l'aide de son époux et de sa fille, tout en continuant à pouvoir sortir son chien, préparer les repas et conduire une voiture. A ces ressources, il convenait d'ajouter une très bonne intégration en Suisse et une remarquable maîtrise du français. Compte tenu de l'échec des mesures professionnelles à 100 % et dans la mesure où le syndrome douloureux chronique nécessitait des pauses supplémentaires pour des changements de positions et des étirements, les experts ont jugé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Il n'y avait enfin pas de limitations fonctionnelles psychiatriques, si bien qu'il n'y avait pas d'indication à un traitement relevant de ce registre.

b) aa) La recourante ne fait pas état d'éléments cliniques ou diagnostiques concrets et objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise de l'Unité d'expertises U._____ et suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé des conclusions médicales. En se limitant à faire valoir son appréciation divergente de la situation, son argumentation ne tend en définitive qu'à substituer son propre point de vue à celui des experts sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles elle estime qu'il faut s'écarter de leurs conclusions.

bb) Par ailleurs, quoi qu'en dise la recourante, l'expertise de l'Unité d'expertises U._____ est exempte de contradictions et d'incohérences. Conformément au mandat qui leur avait été confié, les experts se sont prononcés sur la capacité de travail de l'intéressée dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans leur évaluation consensuelle, ils ont jugé que la capacité de travail était nulle depuis le mois de novembre 2017 dans l'ancienne activité d'employée d'entretien et d'aide à la cantine. Ils ont ensuite décrit les limitations fonctionnelles induites par les pathologies rhumatologiques, en exposant que la recourante était en mesure d'exercer une activité légère, évitant si possible les mouvements répétitifs des épaules mais permettant l'alternance des positions. Quant au fait que

l'assurée ne devait être soumise à aucun rendement, ils ont expliqué qu'elle ne devait être soumise à aucun travail à la chaîne ni satisfaire à des exigences de performance en lien avec la capacité de travail. Les experts ont conclu que, dans cette mesure, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80 % depuis le début de l'année 2020, époque à laquelle ont été mentionnées une aggravation et une diffusion des douleurs ayant fondé le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique.

cc) Enfin, comme la recourante l'admet d'ailleurs elle-même, la présente procédure n'est pas le lieu pour se prononcer sur la question de l'existence d'une activité adaptée sur le marché équilibré du travail, ni sur celle du salaire susceptible d'en être retiré, faute pour la décision attaquée de se prononcer sur ces points (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). Au demeurant, ces éléments, de même que le calcul du degré d'invalidité en découlant, ont fait l'objet de la décision du 6 avril 2020, entrée en force.

c) C'est donc à juste titre que l'office intimé a nié l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante susceptible d'influencer son droit à la rente entre le 6 avril 2020 et la décision litigieuse du 1^{er} février 2022.

9. Cela étant, le présent arrêt ne préjuge pas de l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante qui serait survenue postérieurement à la décision dont est recours. Il appartiendra à la recourante de produire, dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande de prestations, des rapports médicaux qui fonderaient sans équivoque une péjoration objective de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail, péjoration qui ne tienne pas à une symptomatologie douloureuse qui pourrait être traitée avec la compliance de l'intéressée.

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

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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de F._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yero Diagne, avocat (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :