

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 novembre 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Gauron-Carlin, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. a) X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en septembre 1998 en raison de douleurs dorsales.

La décision de refus de prestations rendue par l'OAI le 28 août 2001 a été annulée sur recours par arrêt du Tribunal des assurances du 15 août 2002 (AI 357/01 - 284/2002), l'instruction devant être complétée par une expertise psychiatrique.

Dans son rapport du 18 décembre 2003, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié de gravité légère, de trouble dysthymique léger à moyen et de personnalité histrio-limite « subdécompensée ». Il a estimé que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 40 % du 1^{er} mai 1998 à octobre 2001, de 80 % d'octobre 2001 environ au 31 décembre 2002 et de 40 % dès janvier 2003.

Par décisions des 29 avril et 17 juin 2005, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 1999 au 31 mars 2003, puis à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2003, estimant qu'elle avait recouvré, dès janvier 2003, une capacité de travail raisonnablement exigible de 60 % dans une activité adaptée.

A la suite de l'opposition formée par l'assurée contre ces décisions, l'OAI a fait réaliser une expertise rhumatologique. Dans son rapport du 22 novembre 2006, le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des lombalgies et une rachialgie diffuse chroniques, ainsi qu'une fibromyalgie, et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail un syndrome fémoro-patellaire bilatéral. Il a estimé que la capacité de travail de

l'assurée dans son activité habituelle de coiffeuse était limitée à 50 % avec une diminution de rendement de 20 % et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était diminuée d'environ 30 % avec une baisse de rendement de 10 %, les limitations fonctionnelles étant l'absence de marche prolongée, d'exposition à des températures très froides, à des ambiances très bruyantes ou stressantes, sans devoir lever les bras au-dessus du plan des épaules ni maintenir les mêmes positions de façon prolongée, sans mouvements répétés et importants du rachis et sans port de charges de plus de 5 kg de façon répétée.

L'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée par décision sur opposition du 21 août 2007.

b) L'OAI a initié une révision du droit à la rente d'invalidité de l'assurée le 26 août 2009. Cette dernière a fait savoir que son état de santé s'était aggravé.

Plusieurs documents médicaux ont été transmis à l'OAI :

- un rapport du 27 novembre 2009 du Dr M._____, spécialiste en neurologie, qui a posé les diagnostics de séquelles de myélopathie et d'état anxiodépressif ;
- un rapport émanant de la F._____ à [...] établi le 8 février 2010 par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel suivait l'assurée dans le cadre de douleurs chroniques à la jonction cervico-dorsale ;
- un rapport du 16 février 2010 de la Dre D._____, médecin généraliste traitante, qui retenait les diagnostics de fibromyalgie, d'état dépressif réactionnel et d'intolérance alimentaire en cours d'investigation ;
- ainsi qu'un rapport du cardiologue K._____ réceptionné par l'OAI le 21 juin 2010, qui faisait état de palpitations sans autre précision.

Suivant l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 21 septembre 2010, l'OAI a, par décision du 10 novembre 2010, refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée

au motif qu'il n'existait aucune nouvelle pathologie ayant une répercussion sur sa capacité de travail, laquelle restait de 60 % dans une activité adaptée.

c) L'assurée a déposé une demande de révision de son droit à la rente le 7 juin 2012.

Dans des rapports des 2 juillet et 24 août 2012, le Dr M._____ a indiqué suivre l'assurée dans le cadre de séquelles d'une myélopathie dorsale probablement inflammatoire (myélite) et de troubles statiques cervico-dorsolombaires avec une anomalie prédominant au niveau cervical, sous forme d'une inversion de la cyphose et d'une discopathie C5-C6 avec déchirure du ligament annulaire. Il a précisé que l'assurée présentait également une instabilité psychologique, un fort syndrome de fatigue et un syndrome douloureux des membres. Il a indiqué que l'incapacité de travail était de 50 % sur le plan neurologique et estimait qu'elle était de 80 à 100 % en tenant compte de l'aspect psychiatrique,

La Dre D._____, dans son rapport du 3 octobre 2012, a posé les diagnostics de douleurs ostéo-musculaires chroniques avec cervicalgies et névralgies, notamment du nerf d'Arnold, de trouble statique et d'état dépressif chronique. Elle estimait que l'assurée n'était plus en mesure de travailler comme coiffeuse en raison des douleurs des membres supérieurs.

Dans un avis du 15 février 2013, le SMR a considéré que la situation était stationnaire, qu'il n'y avait pas d'élément médical vraiment nouveau permettant de s'écarter des dernières conclusions, à savoir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de coiffeuse (sic) et de 60 % dans une activité adaptée pour laquelle il s'agirait de rajouter les limitations fonctionnelles concernant l'utilisation des membres supérieurs.

Dans un rapport du 30 avril 2013, la Dre J._____ a retenu les diagnostics d'état dépressif chronique, de fibromyalgie avec douleurs

articulaires et musculaires diffuses ainsi que de status post traitement pour *helicobacter pylori* et status post intervention chirurgicale pour péritonite sur appendicite perforée. Elle a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était considérablement aggravé durant les deux dernières années et était d'avis qu'une rente entière d'invalidité devait être envisagée.

Dans un rapport du 19 juin 2013, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et indiqué que l'incapacité de travail comme coiffeuse était totale.

Par avis du 6 août 2013, le SMR a considéré qu'il n'y avait aucun argument objectif d'ordre médical susceptible de modifier sa position.

Par décision du 12 août 2013, l'OAI a une nouvelle fois refusé l'augmentation de la rente de l'assurée, estimant qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs montrant une baisse de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

d) L'assurée a déposé une demande tendant à l'octroi de différents moyens auxiliaires le 27 mars 2017.

Dans un rapport du 24 avril 2017, la Dre R._____ a indiqué que l'assurée souffrait de céphalées de tension chroniques, avec une neurolyse du nerf d'Arnold bilatéralement, d'une myélopathie cervicale avec un déficit des membres supérieurs, d'une fibromyalgie et d'un syndrome dépressif modéré à sévère.

Le 18 octobre 2017, l'assurée a retiré sa demande de moyens auxiliaires.

e) Dans une attestation du 21 octobre 2020 qu'il a adressée à l'OAI, le Dr W._____, nouveau médecin généraliste traitant de l'assurée,

a indiqué que celle-ci présentait une péjoration de son état de santé. L'OAI a considéré cette pièce comme une demande de révision (courrier du 27 octobre 2020).

Dans un rapport du 16 décembre 2020, le Dr W._____ a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de néoplasie anale intra-épithéliale opérée, d'intestin irritable avec adhérences intra-abdominales et constipation, de gastrite à *helicobacter*, d'arthrose cervicale sur discopathie C5-C6, de séquelles de myélopathie cervicale en 2007, d'apnées du sommeil, de céphalées de tension avec neurolyse des nerfs d'Arnold bilatéralement, d'apnées du sommeil, de fibromyalgie, de troubles de la statique vertébrale avec lombalgies et cervicalgies chroniques (scoliose dorsale convexité droite), de tendinite du petit et moyen fessier droit et de dépression. Il a conclu à une totale incapacité de travail et a transmis plusieurs rapports en annexe au sien, notamment :

- un rapport de consultation du 13 mai 2019 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui estimait que les douleurs de l'assurée au niveau lombo-pelvien étaient probablement liées à la fibromyalgie ;
- des rapports du Dr K._____, qui attestait chez l'assurée la présence de discrètes valvulopathies ;
- un rapport du Dr M._____ du 22 octobre 2019 qui posait comme diagnostic principal des troubles de la marche en péjoration sur myélopathie séquellaire avec atteinte du membre inférieur droit et listait les antécédents suivants :

- Hypertension artérielle.
- Tachycardie paroxystique.
- Syndrome de côlon irritable.
- Fibromyalgie.
- Céphalées de tension chroniques. Status post intervention chirurgicale au niveau de l'insertion occipitale des muscles trapèzes.
- Troubles de la statique vertébrale avec lombalgies et cervicalgies chroniques.
- Status post infiltrations au niveau de la colonne cervicale.
- SOAS [syndrome d'apnées obstructives du sommeil] non-appareillé traité par prothèse buccale.
- Syndrome anxio-dépressif.
- Status post appendicite compliquée par péritonite. Opération avec appendicectomie puis adhésiolyse étendue.
- Status post hystérectomie.

- Status post ablation des nodules thyroïdiens.
- Intolérance aux produits laitiers

Dans le questionnaire de révision du droit à la rente qui lui a été envoyé, l'assurée a indiqué en date du 22 janvier 2021 que son état de santé s'était aggravé à la suite de l'opération intervenue en mars 2017 et des résultats positifs liés à un cancer en novembre 2019.

Dans un rapport du 2 février 2021, le Dr M. _____ a posé le diagnostic de myélopathie dorsale. Il a fait état d'une péjoration de la situation et indiqué que la capacité de travail lui paraissait nulle dans la globalité, que le temps de présence exigible était d'une à deux heures par jour, les limitations fonctionnelles étant une diminution de la motricité et des douleurs importantes.

Le Dr W. _____ a établi un rapport le 8 février 2021 identique à celui du 16 décembre 2020 et y a joint plusieurs documents médicaux, notamment :

- un bilan du 10 mai 2019 des médecins-conseils de la Direction générale de la cohésion sociale qui estimaient l'assurée incapable d'exercer une activité professionnelle ;
- un rapport du 5 février 2020 du Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie, qui retenait les diagnostics de proctalgies, d'asynchronisme abdomino-périnéal, de contamination à papillomavirus HPV, d'excision d'un noyau hémorroïdaire avec leucoplasie contenant une lésion de néoplasie intra-épithéliale anale de haut grade le 12 décembre 2019, d'excision de deux foyers de néoplasie intra-épithéliale de haut grade lors d'une colonoscopie le 29 octobre 2019, d'examen gynécologique avec cytologie et HPV négatif le 27 novembre 2019, d'hémorroïdes stade II avec importante composante angiomateuse, d'intussusception recto-anale, de constipation chronique, de côlon irritable, d'antécédents d'excision de condylomes acuminés de la sphère gynécologique, de status après péritonite appendiculaire, de status après laparotomie pour adhésiolyse, de fibromyalgie, de glaucome et de malaises orthostatiques à répétition ;

- des rapports du Dr A._____, spécialiste en chirurgie, au sujet d'une nouvelle intervention effectuée au niveau anal le 25 mai 2020.

Dans un rapport du 14 mai 2021, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis juin 2016, de cancer anal depuis décembre 2019, d'accident vasculaire cérébral en 2007 et de douleurs dorsales depuis 1981. Il y a ajouté les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de syndrome de Gougerot-Sjögren et de malformation de la mâchoire congénitale. Selon lui, la capacité de travail était nulle depuis juin 2018 en toutes activités.

A l'initiative du SMR (avis du 24 août 2021), une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre et confiée à B._____. Dans leur rapport du 13 mai 2022, les Drs S._____, médecin praticien, U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, ont pris les conclusions suivantes :

I.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. F61.0 Troubles mixtes de la personnalité
2. Trouble statique lombaire avec accentuation de la lordose lombaire et antéversion du bassin
3. Syndrome lombo-vertébral avec, selon l'IRM organisée en 2018, début d'arthrose facettaire et dysbalance musculaire
4. Fibromyalgie

I.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F34.1 Dysthymie légère
2. Déconditionnement physique
3. Probable chondropathie rotulienne ddc [des deux côtés]
4. Status après myélite thoracique sans séquelles neurologiques
5. Apnées du sommeil léger non appareillées
6. Toux chronique asthmatiforme traitée par Ventolin
7. Bi-valvulopathies aortique et mitrale traitées et asymptomatique[s]
8. Status post appendicectomie avec péritonite puis adhésiolyse étendue
9. Status post hystérectomie
10. Status post ablation des nodules thyroïdiens
11. Status post gastrite atrophique à Helicobacter pylori traité en 2019

12. Status post hémorroïdes stade II avec importante composante angiomateuse
13. Status post résection lésions condylomateuses de la région anale avec 2 foyers de néoplasie intra-épithéliale de haut grade (AIN 3)
14. Status post excision de condylomes acuminés de la sphère gynécologique
15. Status post côlon irritable avec constipation
16. Glaucome à angle ouvert
17. Malaise orthostatique à répétitions
18. Migraines traitées
19. Status post infection à COVID19 en juin 2021
20. Status post méningite bactérienne
21. Status post céphalées de tension traitées par Botox et neurolyse

[...]

I.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue **psychiatrique**, les limitations fonctionnelles sont celles qui sont en rapport avec un trouble de la personnalité avec un potentiel adaptatif limité, des difficultés dans la gestion du stress et des difficultés dans l'organisation des relations aux autres.

Du point de vue **rhumatologique**, à titre préventif, pour éviter une aggravation et des problèmes lombo-vertébraux, la personne assurée est capable d'effectuer un travail adapté en alternant des positions assise et debout et en limitant le port de charges à 5 kg près du corps et de 2,5 kg loin du corps. Elle doit éviter toutes activités qui demandent une position agenouillée ou accroupie prolongée, toutes les activités qui demandent une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, ou les activités qui s'effectuent dans une position non ergonomique pour le rachis et qui surcharge[nt] ce dernier dans sa totalité.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y a pas de limitation.

[...]

I.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée JUSQU'ICI

- Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail est de 60% depuis janvier 2003 en raison du trouble de la personnalité.

Du point de vue **rhumatologique**, comme coiffeuse ou active dans le relookage, la personne assurée est apte à travailler à 50% la journée, mais avec une diminution de rendement de 20% en raison des changements de position et de la fatigue. L'examen rhumatologique ne met pas en évidence de péjoration de la capacité de travail depuis l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr H. _____ en 2006.

Du point de vue de la **médecine interne**, elle a toujours été de 100% en tant que coiffeuse, sauf pendant les hospitalisations pour résection de condylomes anaux et gynécologiques, où il y a une

capacité de travail transitoire de tout au plus 15 jours en avril 2014, décembre 2019, mai 2020 ainsi qu'en mars 2021 à 0%.

- Actuel

Du point de vue **interdisciplinaire**, 40% (50% de temps de travail et 20% de réduction de la performance en raison de l'alternance de position et de la récupération).

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue **interdisciplinaire**, sauf complication, cette capacité de travail restera stable.

I.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée

- Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail est de 60% depuis janvier 2003 en raison du trouble de la personnalité.

Du point de vue **rhumatologique**, conformément aux conclusions de l'expertise rhumatologique de 2006, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 70% avec une diminution du rendement de 10%.

Du point de vue de la **médecine interne**, elle a toujours été de 100% en tant que coiffeuse sauf pendant les hospitalisations pour résection de condylomes anaux et gynécologiques, il y a une capacité de travail transitoire de tout au plus 15 jours en avril 2014, décembre 2019, mai 2020 ainsi qu'en mars 2021 à 0%.

- Actuel

Du point de vue **interdisciplinaire**, 54% (60% de temps de travail et réduction de la performance de 10% pour la récupération).

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue **interdisciplinaire**, sauf complication, cette capacité de travail restera stable.

I.1.d.11 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Dans ce cas, l'incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle est définie par l'expertise rhumatologique. L'incapacité de travail de 46% (60% de temps de travail et réduction de la performance de 10% pour la récupération) dans une activité adaptée est définie par les expertises psychiatrique et rhumatologique.

I.1.d.12 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Du point de vue **interdisciplinaire**, aucune mesure thérapeutique n'est susceptible d'améliorer la capacité de travail.

I.1.d.13 Réponses aux questions supplémentaires

Du point de vue **psychiatrique** et **rhumatologique**, il n'y a pas de nouvelle limitation fonctionnelle depuis la décision de 2013, ni de modification de la capacité de travail.

Du point de vue de la **médecine interne**, médico-théoriquement, elle a toujours été de 100% en tant que coiffeuse sauf pendant les hospitalisations pour résection de condylomes anaux et gynécologiques, il y a une capacité de travail transitoire de tout au plus 15 jours en avril 2014, décembre 2019, mai 2020 ainsi qu'en mars 2021 à 0%.

Parmi les documents médicaux supplémentaires annexés au rapport d'expertise figure notamment :

- un rapport du 28 novembre 2017 du Dr N._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, qui mentionnait que la nouvelle polygraphie nocturne effectuée avait montré un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré moyennement sévère ;
- des rapports du Dr A._____ en lien avec la nouvelle intervention de résection trans-anales de néoplasie intra-épithéliale du canal et de la jonction anorectale du 15 mars 2021.

Dans un avis du 20 juin 2022, le SMR a conclu que l'instruction du dossier, complétée par une expertise pluridisciplinaire, montrait que la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas évolué depuis 2013.

Par projet de décision du 29 juin 2022, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser d'augmenter sa rente d'invalidité.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courriel du 11 juillet 2022 puis par courrier de son mandataire du 15 décembre 2022. Elle a produit plusieurs documents médicaux :

- des rapports du 7 décembre 2022, dans lesquels la Dre Q._____ a retenu comme diagnostics des lombosciatalgies bilatérales et cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs, avec un diagnostic différentiel de spondylarthropathie entérocolique concomitante et de maladie de Behçet, une suspicion de maladie inflammatoire chronique de l'intestin avec un diagnostic différentiel de maladie de Behçet, un syndrome sec d'origine indéterminée, probablement médicamenteuse,

une omalgie droite chronique sur troubles dégénératifs et un syndrome douloureux chronique probable. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait pas maintenir une position statique debout ou assise prolongée, marcher sur une longue distance, ni effectuer des mouvements répétés de flexion, extension et rotation du buste. Elle ne pouvait pas utiliser son membre supérieur droit pour des mouvements répétés ou demandant de la force, et la rotation interne de l'épaule droite était limitée. La Dre Q._____ estimait que l'évaluation de la capacité de travail devait se faire par le biais d'une évaluation formelle des capacités fonctionnelles.

- un rapport du 14 décembre 2022, dans lequel le Dr V._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.1), de trouble hypocondriaque (F45.2), de somatisation (F45.0) et de possible trouble mixte de la personnalité (F61.0). Il a estimé que l'incapacité de travail était totale et a émis plusieurs critiques à l'encontre de l'expertise.

Dans un avis du 23 janvier 2023, le SMR a maintenu sa position. Il a relevé que le rapport du Dr W._____ mentionné par l'assurée était absent du dossier, que les rapports des Drs Q._____ et V._____ n'apportaient pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier sa position et que l'évaluation des capacités fonctionnelles proposée n'apporterait pas d'informations complémentaires convaincantes dans la mesure où le Dr T._____ avait mis en évidence des discordances entre les plaintes et la situation durant l'examen clinique.

Par décision du 23 janvier 2023, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée, au motif qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs montrant une baisse de sa capacité de travail dans une activité adaptée depuis la dernière révision en 2013, qui restait de 60 %. Dans une lettre du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a précisé que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte de son mandataire du 1^{er} mars 2023, X._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant 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'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Elle a estimé que l'expertise de B._____ était incomplète car elle ne comportait pas de volet neurologique ni d'évaluation standardisée et qu'elle était contredite par les rapports concordants de ses médecins. Elle a allégué que plusieurs éléments médicaux ressortant du rapport du Dr W._____ du 7 décembre 2022 n'avaient pas été pris en compte. Elle a contesté l'existence de divergences entre ses symptômes et son comportement, relevée par le Dr T._____, lequel n'avait en outre pas tenu compte des limitations de son épaule droite constatées par la Dre Q._____.

Par courrier du 30 mars 2023, X._____ a produit un rapport établi le 22 mars 2023 par la Dre Q._____, qui retenait comme diagnostics des lombosciatalgies bilatérales et cervicalgies dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs ainsi que d'un syndrome douloureux chronique, des troubles digestifs chroniques dans un contexte de néoplasie anale intraépithéliale et de syndrome du côlon irritable, un syndrome sec d'origine indéterminée, une omalgie droite chronique sur troubles dégénératifs, une enthésopathie du moyen fessier bilatérale d'origine dégénérative et un syndrome douloureux chronique. L'assurée a soutenu que ces diagnostics n'avaient pas été appréhendés par l'expertise de B._____.

Dans sa réponse du 24 avril 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 15 mai 2023, l'assurée a maintenu sa position.

Par avis du 25 septembre 2023, le juge instructeur a imparti à l'assurée un délai pour produire le rapport du Dr W._____ du 7

décembre 2022 ainsi que les bilans radiologiques auxquels elle se référait dans son acte de recours.

Par courrier du 28 septembre 2023, l'assurée a expliqué qu'il s'agissait en réalité du rapport que la Dre Q._____ a adressé au Dr W._____ le 7 décembre 2022 et qu'elle ne disposait pas des imageries médicales qui y étaient mentionnées. Elle a produit à nouveau les deux rapports établis par la Dre Q._____ le 7 décembre 2022.

Dans ses déterminations du 11 octobre 2023, l'OAI a constaté que ces rapports étaient connus et que le SMR s'était déjà exprimé quant au fait qu'ils n'apportaient aucun élément médical objectif susceptible de modifier son appréciation.

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 l'état de santé de la recourante s'est péjoré - de manière à influencer son droit à la rente - depuis le 12 août 2013.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

b) En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de révision de son droit à la rente par le biais du Dr W. _____ en date du 21 octobre 2020 en faisant valoir que sa capacité de travail était désormais nulle. Dans la mesure où le changement déterminant invoqué conduirait à une modification du droit à la rente avant le 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

4. a) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart

de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) 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).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1).

Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. 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).

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

e) 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).

5. a) En l'occurrence, il convient de comparer la situation de la recourante avec celle qui prévalait au moment de la décision du 12 août 2013 par laquelle l'OAI, à la suite d'un examen matériel, a conclu à l'absence de modification de l'état de santé de la recourante et au maintien de son droit à un quart de rente d'invalidité. Ce droit lui a été reconnu depuis le 1^{er} avril 2003 par décisions des 29 avril et 17 juin 2005, confirmées sur opposition le 21 août 2007, sur la base des expertises des Drs L._____ et H._____, compte tenu d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée.

b) L'OAI considère, en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire qu'il a fait réaliser auprès de B._____, qu'il n'y a pas d'éléments objectifs montrant une baisse de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée depuis la dernière révision en 2013, qui reste de 60 %.

c) L'expertise de B._____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont en effet pris leurs conclusions de manière motivée et convaincante sur la base d'un dossier complet, d'une anamnèse détaillée, en connaissance des plaintes de la recourante et après avoir procédé à un examen clinique dans les règles de l'art.

d) Sur le plan rhumatologique, le Dr T._____ conclut à un trouble statique lombaire avec une accentuation de la lordose lombaire et une antéversion du bassin, à un syndrome lombo-vertébral avec, selon l'IRM organisée en 2018, un début d'arthrose facettaire et une dysbalance musculaire, ainsi qu'à une fibromyalgie. Il retient également les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de déconditionnement

physique, de probable chondropathie rotulienne des deux côtés et de status après myélite thoracique sans séquelles neurologiques.

aa) La recourante est connue pour présenter de longue date des lombalgies et cervicalgies chroniques. Celles-ci s'inscrivent dans le cadre de troubles statiques avec une accentuation de la lordose lombaire et une antéversion du bassin. L'examen clinique du Dr T._____ confirme la présence de cervicalgies, de dorsalgies et d'un syndrome de dysbalance musculaire avec un syndrome lombo-vertébral chronique. Son examen n'a en revanche pas montré de signe d'atteinte radiculaire (expertise rhumatologique p. 53).

L'existence d'une arthrose cervicale et d'une discopathie au niveau des vertèbres C5-C6 mentionnée par le Dr W._____ (rapports des 16 décembre 2020 et 8 février 2021) n'est pas nouvelle puisque, lors de la précédente procédure de révision du droit à la rente, le Dr M._____ faisait déjà mention d'une discopathie C5-C6 dans son rapport du 2 juillet 2012. Sans se référer spécifiquement à ces vertèbres, le Dr T._____ tient compte de la présence d'un début d'arthropathie dégénérative au niveau des facettes vertébrales selon l'IRM réalisée en 2018 (expertise rhumatologique p. 53).

Dans l'anamnèse de son rapport du 22 octobre 2019, le Dr M._____ note la présence d'un syndrome radiculaire S1 droit. Le Dr T._____ ne constate cependant pas de signe d'atteinte radiculaire lors de son examen et relève que l'IRM effectuée en décembre 2018 ne montrait aucune compression radiculaire (expertise rhumatologique p. 54).

Le Dr T._____ observe que les différents examens complémentaires radiologiques concernant la colonne lombaire, la colonne cervicale et les hanches n'ont pas mis en évidence de trouble particulier, si ce n'est ceux en relation avec l'âge de la recourante (expertise rhumatologique p. 54). Ses observations rejoignent celles du Dr C._____, qui confirmait l'existence de lombalgies chroniques et de petits troubles

dégénératifs facettaires, mais constatait l'absence d'hernie discale ou de protrusion discale (rapport du 13 mai 2019 et expertise rhumatologique p. 54).

bb) Le Dr T._____ confirme que la recourante souffre d'une fibromyalgie, comme l'avait déjà constaté le Dr H._____. Ce diagnostic n'est donc pas nouveau. Il est également retenu par plusieurs des médecins traitants de la recourante (rapport du Dr M._____ du 22 octobre 2019, rapports du Dr W._____ des 16 décembre 2020 et 8 février 2021).

cc) Le Dr T._____ constate, à l'instar de l'expert de médecine interne, l'existence d'un déconditionnement physique, non incapacitant.

dd) Il conclut à une probable chondropathie rotulienne des deux côtés, sans incidence sur la capacité de travail. Dans son expertise du 22 novembre 2006, le Dr H._____ avait également mentionné l'existence d'un syndrome fémoro-patellaire non incapacitant.

ee) Le Dr T._____ a procédé à un examen neurologique qui s'est avéré normal et qui n'a en particulier montré aucune séquelle de la myélopathie diagnostiquée. Il conclut ainsi à un status après myélite thoracique sans séquelles neurologiques. Au vu des résultats des investigations du Dr T._____, il n'apparaissait pas nécessaire de procéder à un complément d'expertise sur le plan neurologique et l'expert n'en fait d'ailleurs nullement mention.

L'existence d'une myélopathie n'est pas nouvelle et était connue lors des précédentes procédures de révision du droit à la rente. Le Dr M._____ en fait effectivement mention dans ses rapports des 27 novembre 2009, 2 juillet et 24 août 2012.

Dans son rapport du 22 octobre 2019, le Dr M._____ retient comme diagnostic des troubles de la marche en péjoration sur

myélopathie séquellaire avec atteinte du membre inférieur droit. Dans le même rapport, il précise cependant qu'à l'issue de son séjour de réadaptation, la recourante était indépendante pour la marche sans moyen auxiliaire sur un périmètre illimité et était également indépendante dans les escaliers avec la main courante. De même, lors de son examen, le Dr T. _____ a observé une marche sans steppage et n'a pas fait mention de difficultés particulières à ce niveau.

ff) Il convient de remarquer que le Dr T. _____ ne pose pas formellement de diagnostic en lien avec les douleurs dont la recourante se plaint dans la région fessière. Dans leurs rapports respectifs des 13 mai 2019 et 24 juin 2019, les Drs C. _____ et M. _____ ont conclu à une enthésopathie du petit fessier à droite, objectivée à l'IRM. Le Dr T. _____ a pris connaissance des plaintes de la recourante à ce niveau-là (expertise rhumatologique p. 49) ainsi que du résultat de l'IRM précité, relevant que celle-ci montrait quelques signes d'enthésopathie au niveau du moyen et petit fessier à droite (expertise rhumatologique p. 45). Lors de son examen clinique, il a constaté des douleurs au niveau des muscles fessiers et a retenu l'existence d'une myogélose de la musculature fessière des deux côtés (expertise rhumatologique p. 50). Il a ainsi tenu compte de cette atteinte dans son évaluation.

gg) L'expert estime que les conclusions de son examen sont comparables à celles du Dr H. _____ et qu'il n'y a pas eu de péjoration depuis lors (expertise rhumatologique pp. 55 et 56). Il retient, à l'instar de ce dernier, que la recourant bénéficie d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de coiffeuse avec une diminution de rendement de 20 % et une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 %. Les limitations fonctionnelles sont l'alternance des positions assise et debout, une limitation du port de charges à 5 kg près du corps et 2,5 kg loin du corps, l'absence d'activité en position agenouillée ou accroupie prolongée ainsi que l'évitement de toutes les activités qui demandent une sécurité augmentée sur des échafaudages et échelles, de même que les activités qui s'effectuent dans une position non ergonomique pour le rachis

(expertise rhumatologique p. 56). Il relève l'existence de divergences entre l'importance des symptômes décrits par l'assurée et son comportement en situation d'examen clinique (expertise rhumatologique p. 55). La recourante conteste cet élément dans son recours. Quoiqu'elle en dise, il faut constater que le Dr T._____ a procédé à un examen minutieux et a pris ses conclusions en pleine connaissance du dossier, de sorte que celles-ci apparaissent convaincantes.

e) Au niveau psychiatrique, le Dr U._____ a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de troubles mixtes de la personnalité (F61.0) et le diagnostic non incapacitant de dysthymie légère (F34.1). Le Dr U._____ se réfère au rapport d'expertise psychiatrique du Dr L._____ du 18 décembre 2003, qui retenait un trouble dysthymique non incapacitant et un trouble de la personnalité avec des éléments mixtes, diagnostics qu'il partage entièrement.

aa) Il écarte le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen depuis juin 2016, posé par le Dr V._____ au motif que l'assurée ne décrit pas une humeur dépressive qui ne varierait guère d'un jour à l'autre, ou selon les circonstances, et qu'elle ne rapporte pas de difficultés importantes à mener à bien les activités sociales ou ménagères. Le Dr U._____ ne retrouve pas d'humeur dépressive durable, ni de diminution de l'intérêt et du plaisir, ni de troubles cognitifs, la recourante s'acquittant elle-même des tâches administratives de son compagnon (expertise psychiatrique p. 35). Il ressort de l'expertise qu'elle est autonome dans les tâches de la vie quotidienne en dehors du fait de porter du lourd ou de faire le lit toute seule et qu'elle veille à ce que son intérieur soit propre. Elle aime faire la cuisine. Elle essaye de faire sa gymnastique et un peu de rameur, ainsi que de petites marches dans la forêt. Elle explique qu'elle est très occupée, qu'elle n'a pas le temps de s'ennuyer. Elle garde le plaisir à écouter de la musique, à recevoir du monde, à passer des téléphones et à lire. Elle envisage même de reprendre des cours de chant. Elle aime également regarder télévision (expertise psychiatrique p. 34). Le Dr U._____ s'étonne en outre du traitement antidépresseur prescrit à la recourante, expliquant que les

stratégies thérapeutiques devant un épisode dépressif résistant sont d'abord de monter à dose maximale l'antidépresseur choisi, en cas d'échec de changement d'antidépresseur pour un autre. Or, le maintien d'un traitement antidépresseur à dose minimale pendant une année et demie comme c'est le cas pour la recourante est plutôt un indicateur de stabilité sur le plan thymique (expertise psychiatrique p. 35).

L'examen de l'expert psychiatre ne retrouve pas de ralentissement psychomoteur, ni de trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire. Il n'a pas constaté de symptôme neurovégétatif en faveur d'un état anxieux en dehors de quelques moments où la personne assurée a eu les larmes aux yeux de manière très brève. Il précise qu'elle était joviale, souriante et détendue (expertise psychiatrique p. 34).

Le Dr U._____ écarte ainsi de manière convaincante l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, posé par le Dr V._____, mais également les diagnostics de dépression, respectivement de syndrome anxio-dépressif retenus par les autres médecins traitants (rapports du Dr W._____ des 16 décembre 2020 et 8 février 2021 et du Dr M._____ du 22 octobre 2019).

Le Dr U._____ conclut, sur la base de son examen clinique, de l'anamnèse et du descriptif de la journée type de la recourante à la présence d'un trouble dysthymique d'intensité légère.

bb) Il estime en outre que les troubles de la personnalité sont toujours présents, marquant du sceau de l'instabilité les relations de la recourante avec sa famille et ses enfants, même si les relations avec son compagnon semblent apaisées. Il souligne que le fait que son humeur est fortement connectée aux événements et aux circonstances de la vie reflète des capacités d'adaptation faibles et un faible potentiel de résistance au stress (expertise psychiatrique p. 35).

cc) L'expert psychiatre précise encore que les critères d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont pas retrouvés, au motif que l'assurée ne présente aucune détresse quand elle évoque les douleurs, qu'elle met en lien avec le fait de porter du lourd ou en lien avec certains gestes, et qu'elle ne décrit pas de conflit émotionnel suffisamment important pour être considéré comme la cause essentielle du trouble.

dd) Le Dr U. _____ retient que la dysthymie présentée par la recourante est sans impact sur la capacité de travail et que les troubles de la personnalité, présents depuis l'adolescence, sont toujours partiellement incapacitants (expertise psychiatrique p. 35). Il ne constate pas d'aggravation sur le plan psychiatrique ni d'amélioration significative pour avoir un impact sur la capacité de travail (expertise psychiatrique p. 36) et indique qu'il n'y a pas de nouvelle limitation fonctionnelle depuis la décision de 2013, ni de modification de la capacité de travail (expertise psychiatrique pp. 37-39). Il conclut dès lors que la capacité de travail reste de 60 % en toutes activités depuis janvier 2003 en raison du trouble de la personnalité. Au niveau des limitations fonctionnelles, il mentionne un potentiel adaptatif limité, des difficultés dans la gestion du stress et dans l'organisation des relations aux autres. Sur la base de la mini CIF, il note des difficultés moyennes dans l'adaptation aux règles et aux routines, dans la flexibilité et les capacités d'adaptation, dans la capacité d'endurance, dans l'aptitude à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe, ainsi que de légères difficultés à entretenir des relations proches.

Son appréciation prend dûment en compte les indicateurs applicables à l'évaluation du caractère incapacitant des troubles psychiques (cf. consid. 3e). Il se prononce en effet sur le degré de gravité - respectivement l'absence de gravité - des diagnostics retenus, sur le traitement mis en place (expertise psychiatrique p. 35), il a procédé à un examen de la personnalité de la recourante (expertise psychiatrique p. 36), a tenu compte de son contexte social et de ses ressources (expertise psychiatrique pp. 34 et 36) et évalué la cohérence entre l'analyse du

degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie (expertise psychiatrique p. 36). Ses conclusions apparaissent ainsi pleinement convaincantes.

f) Sur le plan de la médecine interne, la Dre S._____ retient de nombreux diagnostics qu'elle considère tous comme non incapacitants.

aa) Elle relève tout d'abord un syndrome des apnées du sommeil léger, non appareillé. Il s'agit d'un diagnostic nouveau, posé en 2017 selon les rapports du Dr W._____ des 16 décembre 2020 et 8 février 2021. Dans son rapport du 28 novembre 2017, le Dr N._____ indique que la nouvelle polygraphie nocturne effectuée a montré un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré moyennement sévère. Ce syndrome est toutefois qualifié de léger par le Dr W._____ dans ses rapports, et la Dre S._____ relève également que ce syndrome demeure léger. Celui-ci n'est pas traité en raison de problèmes d'allergies au masque présentés par la recourante. La Dre S._____ précise cependant qu'il existe des matières conçues spécialement pour les personnes allergiques. De même, elle ajoute que le syndrome des jambes sans repos dont souffre la recourante peut faire l'objet d'un traitement de fond. Ainsi, elle conclut qu'une fois traitées de façon adaptée, ces atteintes n'entraîneront aucune incapacité de travail (expertise de médecine interne p. 19).

bb) La Dre S._____ retient l'existence d'une toux chronique asthmatiforme traitée par Ventolin. Aucun des médecins traitants n'avait auparavant indiqué un tel diagnostic, qui semble donc nouveau. Le traitement par Ventolin est également mentionné dans le rapport de la Dre Q._____ du 7 décembre 2022, postérieur à l'expertise de B._____. Ce diagnostic n'entraîne toutefois pas de limitation de la capacité de travail.

cc) La Dre S._____ retient que la recourante souffre en outre d'une bi-valvulopathie aortique et mitrale traitée et asymptomatique. Le Dr K._____, cardiologue traitant, précise que ces valvulopathies sont

discrètes dans son rapport du 17 août 2021. L'échocardiographie transthoracique à laquelle il avait alors procédé restait dans les limites de la norme et la patiente, traitée par bêtabloquants, n'avait quasiment plus eu de palpitations. Elle se plaignait en revanche toujours de dyspnée. Dans un précédent rapport du 20 février 2018, le Dr K._____ mettait cette dernière sur le compte du déconditionnement et du manque d'activité physique de la recourante, compte tenu des bilans objectifs rassurants. La Dre S._____ constate également l'existence d'un déconditionnement physique et considère, à l'instar du Dr K._____, que la dyspnée d'effort - qu'elle n'a pas observée - est probablement en rapport avec celui-ci (expertise de médecine interne p. 19). Elle estime que ces atteintes sont sans influence sur la capacité de travail et il ne ressort en effet pas des rapports du Dr K._____ que tel serait le cas.

A noter que la recourante était déjà suivie par le Dr K._____ en raison de palpitations lors de la révision initiée en 2009 (rapports du 21 juin 2010). Par ailleurs, l'hypertension artérielle mentionnée par le Dr M._____ (rapport du 22 octobre 2019) n'a pas été retrouvée par le cardiologue traitant (rapport du 17 août 2021) ni par la Dre S._____ (expertise de médecine interne p. 17).

dd) Le diagnostic de status post appendicetomie avec péritonite puis adhésiolyse étendue posé par la Dre S._____ n'est pas nouveau, cette intervention datant de 2011 (rapport du Dr W._____ du 16 décembre 2020) et ayant déjà été mentionnée par la Dre J._____ lors de la précédente révision du droit à la rente (rapport du 30 avril 2013).

ee) La recourante a subi plusieurs interventions ces dernières années, notamment une hystérectomie en 2014 et une ablation de nodules thyroïdien. Dans ses rapports des 16 décembre 2020 et 8 février 2021, le Dr W._____ liste ces atteintes parmi les antécédents de la recourante et non parmi les diagnostics ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

ff) La recourante présente un status post gastrite atrophique à *helicobacter pylori*. Elle avait déjà été traitée pour une telle affection selon le rapport de la Dre J._____, pris en compte lors de la précédente révision du droit à la rente. La Dre S._____ indique qu'un nouveau traitement par antibiotique s'est avéré nécessaire en 2019, comme cela ressort également du rapport du Dr C._____ du 13 mai 2019. Il ne s'agit pas d'une atteinte incapacitante, comme le retient la Dre S._____.

gg) La recourante souffre de diverses affections au niveau anal et gynécologique. La Dre S._____ retient ainsi un status post hémorroïdes de stade II avec une importante composante angiomateuse, un status post résection de lésions condylomateuses de la région anale avec deux foyers de néoplasie intra-épithéliale de haut grade (AIN 3) et un status post excision de condylomes acuminés de la sphère gynécologique. Elle précise que la pathologie oncologique est en rémission et qu'elle n'a pas nécessité une incapacité de travail de plus de 15 jours. La recourante a été opérée en décembre 2019, en mai 2020, puis en mars 2021. Le rapport du 5 février 2020 du Dr Z._____ rapportait un examen proctologique dans les normes et les rapports du Dr A._____ des 27 mai 2020 et 9 avril 2021 faisaient état d'une évolution favorable à la suite des interventions avec des douleurs modérées, bien contrôlées par des antidouleurs.

Il est également relevé que la recourante présente un status post côlon irritable avec constipation. Ce diagnostic n'est pas nouveau. Il était en effet déjà fait état d'une colopathie spasmodique et de constipation dans le rapport du Dr H._____ (pp. 9 et 13).

hh) La Dre S._____ relève en outre la présence d'un glaucome à angle ouvert et de malaises orthostatiques à répétition, comme cela ressort également des rapports des Drs Z._____ et W._____.

La recourante souffre aussi de migraines et d'un status post céphalées de tension traitées par Botox et neurolyse. La Dre S._____

note que le traitement par Botox apporte une excellente réponse aux migraines et que la recourante n'émet pas de plaintes invalidantes en raison de celles-ci (expertise de médecine interne p. 19). Il convient en outre de relever que ces troubles ne sont pas nouveaux, la recourante souffrant de céphalées depuis de nombreuses années (cf. expertise du Dr H. _____ pp. 9 et 13).

Finalement, la Dre S. _____ indique des status post infection à Covid-19 en juin 2021, sans notion de Covid long, et un status post méningite bactérienne.

ii) On peut encore relever, sur le plan de la médecine interne, que la recourante présente une sécheresse ophtalmique, nasale et buccale. Un syndrome de Gougerot-Sjögren a été évoqué par les Drs M. _____ (rapport du 22 octobre 2019) et V. _____ (rapport du 14 mai 2021), mais n'a pas été validé par le Dr N. _____ (rapport du 28 novembre 2017) et la Dre Q. _____ (rapport du 7 décembre 2022 p. 4), qui concluent plutôt à une origine médicamenteuse.

jj) Il faut également faire remarquer que le Dr V. _____ mentionne l'existence d'un accident vasculaire cérébral en 2007 dans son rapport du 14 mai 2021. Il s'agit selon toute vraisemblance d'une confusion avec la méningite bactérienne dont la recourante a souffert en 2007, les nombreux autres rapports médicaux au dossier ne faisant nullement état d'une telle pathologie.

g) Les rapports produits par la recourante postérieurement à l'expertise de B. _____ ne sont en outre pas propres à remettre en cause les conclusions de celle-ci.

aa) Sur le plan psychiatrique, le Dr V. _____ expose dans son rapport du 14 décembre 2022 les raisons pour lesquelles il a conclu à l'existence d'un trouble dépressif récurrent, précisant que l'épisode actuel est désormais léger. Il indique que les symptômes sont toujours les mêmes, à savoir une asthénie, une humeur déprimée, de l'anxiété, des

troubles du sommeil, de l'irritabilité, une anhédonie, des troubles de l'attention et de la concentration, mais d'intensité quelque peu atténuée. Il allègue que la recourante a souffert de plusieurs épisodes dépressifs dès l'âge de 19 ans en lien avec les difficultés de vie qu'elle a régulièrement rencontrées sur le plan familial et médical. Dans son rapport d'expertise, le Dr L._____ relevait également que la recourante souffrait probablement d'un trouble de l'humeur fluctuant depuis l'adolescence avec des phases dites normothymiques, d'autres d'allure subdépressive en rapport à des facteurs de stress souvent clairement identifiables et retenait l'existence d'une dysthymie à début précoce (expertise p. 22). Si les troubles de l'humeur de la recourante sont ainsi présents de longue date et de manière récurrente, leur intensité n'atteint cependant pas celle d'un trouble dépressif comme les experts L._____ et U._____ l'ont constaté, à l'issue de leur examen détaillé et complet. Contrairement à ce qu'indique le Dr V._____, le Dr U._____ - de même d'ailleurs que le Dr L._____ - a tenu compte des symptômes psychiatriques qui font partie du discours de la recourante, dans la mesure où il a procédé à un entretien approfondi pour recueillir ses plaintes, son anamnèse et le déroulement de ses journées (expertise psychiatrique pp. 28-32).

Dans son rapport du 14 décembre 2022, le Dr V._____ pose le nouveau diagnostic de trouble hypocondriaque (F45.2). Il le fonde sur l'expertise de B._____, en tant qu'elle exclut la récurrence active du cancer rectal, alors que la recourante est persuadée du contraire. Le psychiatre traitant ne convainc cependant pas. D'une part, il est pour le moins étonnant qu'il pose soudainement ce diagnostic sans avoir évoqué auparavant une préoccupation persistante de la recourante en lien avec son cancer. D'autre part, il note de manière imprécise que durant son suivi, qui s'est terminé en août 2022, il a pu objectiver le fait que la recourante était convaincue d'une récurrence de son cancer. Or, elle a effectivement dû subir trois interventions en raison de ce dernier alors qu'elle était suivie par le Dr V._____, en 2019, 2020 et 2021. En outre, dans ses rapports des 24 mars 2020 et 9 avril 2021, le Dr A._____ relevait la nécessité d'effectuer des contrôles réguliers à intervalles de six à douze mois compte tenu de la situation.

Le Dr V. _____ pose également un diagnostic de somatisation (F45.0) dans son rapport du 14 décembre 2022. Il le fait uniquement sur la base des nombreux symptômes somatiques relevés dans l'expertise, estimant qu'il s'agit d'un catalogue impressionnant de symptômes impliquant sans conteste une somatisation. Ce raisonnement n'est pas convaincant. Il convient non seulement de rappeler que de nombreux symptômes de la recourante ont été rattachés à des pathologies somatiques objectivées. Les experts ont en outre retenu l'existence d'une fibromyalgie sur le plan rhumatologique et le Dr U. _____ a explicitement écarté la présence d'un trouble somatoforme au niveau psychiatrique (expertise psychiatrique p. 36 et consid. 5e/cc ci-dessus).

bb) Les rapports de la Dre Q. _____ du 7 décembre 2022 ne font que reprendre des diagnostics connus. Ils ont tous déjà été discutés ci-dessus, à l'exception de l'omalgie droite chronique sur troubles dégénératifs. La Dre Q. _____ se réfère à des IRM des épaules effectuées en avril 2022, qui ont montré une tendinopathie du sus-épineux bilatérale, des troubles dégénératifs de l'acromio-claviculaire et une discrète bursite sous-acromiale. Or, non seulement, comme le retient le SMR dans son avis du 23 janvier 2023, la coiffe des rotateurs reste compétente, mais de plus, la recourante était déjà connue pour présenter une tendinite récurrente de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, comme relevé par le Dr H. _____ en 2006 (expertise p. 18).

Quant au rapport de la Dre Q. _____ du 22 mars 2023 produit au stade de la procédure de recours, il ne fait que reprendre les diagnostics précédemment listés. La Dre Q. _____ précise qu'il n'y a pas d'argument pour retenir le diagnostic d'un rhumatisme inflammatoire et que le tableau clinique ne permet pas de poser le diagnostic de maladie de Behçet, diagnostics qu'elle avait précédemment retenus à titre différentiel. Elle confirme en revanche le diagnostic de syndrome douloureux chronique qu'elle avait évoqué dans son premier rapport. Or il est admis de longue date que la recourante souffre d'une fibromyalgie. Ce rapport n'apporte dès lors aucun élément nouveau.

h) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient donc de se baser sur les conclusions motivées et convaincantes du rapport d'expertise de B._____. Selon ces dernières, la situation médicale de la recourante ne s'est pas modifiée depuis les précédentes expertises réalisées par les Drs L._____ et H._____, respectivement en 2003 et 2006. Sur le plan psychique, la recourante présente une capacité de travail de 60 % en toutes activités depuis 2003. Ses limitations fonctionnelles sont un potentiel d'adaptation limité, des difficultés dans la gestion du stress et des difficultés dans l'organisation des relations aux autres. Au niveau rhumatologique, la recourante bénéficie d'une capacité de travail de 50 % avec une diminution de rendement de 20 % dans son activité habituelle de coiffeuse et de 70 % avec une diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée, épargnant le rachis. En l'absence de modification de la situation médicale de la recourante depuis la précédente décision de l'OAI rendue le 12 août 2013, il n'y a par conséquent pas de motif de révision.

Cela étant, il convient de préciser que lors de la demande initiale de prestations, l'OAI avait retenu l'existence d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée, sur la base des expertises des Drs L._____ et H._____. A l'issue de l'évaluation consensuelle, les experts de B._____ concluent cependant à une capacité de travail dans une activité adaptée de 54 % d'un point de vue interdisciplinaire, à savoir un temps de travail de 60 % avec une réduction de la performance de 10 % pour la récupération. Quoi qu'il en soit, même en tenant compte d'une telle capacité de travail, l'on n'est pas non plus en présence d'un motif de révision propre à influencer le droit aux prestations de la recourante. En effet, selon la Convention collective nationale des coiffeurs, le salaire minimum pour une employée qualifiée était de 45'600 fr. annuels en 2022. Dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle, son salaire d'invalidé doit être calculé sur la base des données salariales statistiques. Selon l'ESS 2020, le salaire moyen touché par une femme pour des activités simples et répétitives dans les domaines des services et de la production était de 4'276 fr. pour une semaine de

40 heures. Rapporté à la durée hebdomadaire moyenne de travail en entreprise en 2022 (41,7 heures) et indexé à l'année 2022, on obtient un montant de 54'244 fr. 23. Compte tenu du taux de travail de 54 % retenu par les experts et en reprenant l'abattement de 15 % appliqué par l'OAI dans le calcul du degré d'invalidité effectué en 2005, lequel tient amplement compte des limitations fonctionnelles de la recourante, on obtient un salaire avec invalidité de 24'898 fr. 10. Le degré d'invalidité de la recourante est donc de 45,4 % en 2022 et ne modifie dès lors pas son droit à un quart de rente d'invalidité.

6. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) 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 LPGGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 23 janvier 2023 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 d'X._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour X._____),
- 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 :